

FACULTE MIXTE DE MEDECINE & DE PHARMACIE DE LYON

ANNEE 1965

N 51

des dipsomanies

A LA

"soif - symptôme"

ETUDE CLINIQUE ET PSYCHANALYTIQUE

T H E S E

présentée à la Faculté Mixte de Médecine & de Pharmacie de
Lyon, et soutenue publiquement le 26 Avril 1965, pour obtenir

le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

par

BONNIER LUCIENNE

Ancienne Interne des Hopitaux Psychiatriques

Née le 3 Juillet 1928 à La Tronche (Isère)



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553416_0044

Des dipsomanies

à la "Soif - symptôme"

ANNEE 1965

N

des dipsomanies

A LA

"soif - symptôme"

ETUDE CLINIQUE ET PSYCHANALYTIQUE

T H E S E

présentée à la Faculté Mixte de Médecine & de Pharmacie de
Lyon, et soutenue publiquement le 26 Avril 1965, pour obtenir

le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

par

B O N N I E R L U C I E N N E

Ancienne Interne des Hopitaux Psychiatriques

Née le 3 Juillet 1928 à La Tronche (Isère)



A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

Ils ont fait pour moi plus d'efforts encore que pour mes frères. Au seuil de la vieillesse, ils purent considérer leur vie avec beaucoup de fierté. J'espère leur apporter ici une occasion d'être pleinement heureux.

A MES FRERES ET SOEURS

A NOS JUGES

Monsieur le Professeur Jean DECHAUME
Professeur de Clinique Neuro-psychiatrique et d'Hygiène mentale

Nous avons été son interne au Service libre de l'Hôpital du Vinatier ; depuis il nous a toujours aimablement accueillie dans ses services. Il nous fait aujourd'hui le grand honneur de présider notre Jury. Notre reconnaissance se mêle au grand respect que nous avons pour le clinicien qu'il est.

Monsieur le Professeur Paul GUINET
Professeur de Clinique Endocrinologique

Nous lui devions déjà beaucoup.

En nous ouvrant son service, il nous a offert des documents d'une qualité à la mesure de sa valeur médicale, et nous a permis de retrouver le charme de son intelligence et de sa grande bonté.

Nous sommes heureuse d'avoir ici l'occasion de lui témoigner notre admiration et notre profonde gratitude.

Monsieur le Professeur Agrégé Jean GUYOTAT

Nous le remercions de l'attention bienveillante qu'il a apportée à ce travail ; il nous a permis de l'écrire dans une sécurité dont la solitude risquait de nous priver.

Qu'il soit assuré de notre reconnaissance et de notre respect pour la perception qu'il a des situations humaines.

Monsieur le Professeur Agrégé Michel JOUVET

Notre amitié et notre admiration allaient à lui depuis de nombreuses années. Bien que sa démarche intellectuelle fut à l'opposé de la nôtre, il nous a fait l'honneur de prendre intérêt à ce travail.

Nous aimerions qu'il sache que nous y avons été sensible et nous lui exprimons nos vifs remerciements.

A NOS MAITRES

Le Docteur BALVET
Médecin des Hôpitaux Psychiatriques

De sa lanterne magique il a éclairé notre premier contact avec la maladie mentale, et de ce rayon naquit pour nous l' INTERET.

Il sait notre fidèle attachement.

Le Docteur NODET
Médecin des Hôpitaux Psychiatriques

Au cours des trois années passées dans son service, il nous a fait bénéficier de son enseignement efficace et brillant, de son inestimable culture et fut à l'origine de notre orientation psychanalytique ; aussi gardons-nous de cette période un souvenir inoubliable.

Qu'il trouve ici notre gratitude et notre respectueuse affection.

Le Docteur Henri EY
Ancien chef de clinique des maladies mentales et de l'encéphale à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin des Hôpitaux Psychiatriques

L'originalité de sa pensée, son esprit synthétique, sa culture proprement encyclopédique, lui ont permis de construire une oeuvre qui a déjà influencé et influencera de nombreuses générations de psychiatres. Mais c'est au cours des années où il fut notre Maître à Bonneval que nous découvrîmes quel médecin pour ses malades et quel "Patron" pour ses internes il s'efforce d'être.

A cet homme quotidien et à l'homme de science qu'il double si merveilleusement nous tenons à exprimer notre très grand respect.

Le Docteur LACAN
Médecin des Hôpitaux Psychiatriques
Chargé de conférences à l'Ecole Pratique des Hautes Etudes (Sorbonne)

Qu'il nous permette de dédier ce travail à Jacques LACAN dont la pensée n'est trop souvent tolérée qu'à travers sa légende. Il y a quatre ans, nous l'avions choisi comme psychanalyste, ignorant qu'il était déjà notre Maître.

A ce Regard Neuf dans la pensée contemporaine, nous disons notre reconnaissance et notre admiration attentive.

Au Docteur Claude JEANGIRARD

C'est grâce aux exceptionnelles conditions, de travail pour le personnel, de séjour pour les malades, mises en place par lui dans sa clinique, que nous avons pu aborder la partie psychiatrique de cette thèse.

Il sait que notre attachement pour "La Chesnaie" vient de bien d'autres ailleurs, mais nous tenions cependant à le remercier amicalement de son aide.

Au personnel de la clinique de Chailles

Notre collaboration fut si agréable que seul persiste le souvenir d'un travail passionnant et partagé.

Au personnel de la clinique d'Endocrinologie

En maintes circonstances, nous avons apprécié sa compétence et sa gentillesse.

A Antoine KAMOUH

Il est l'instigateur de ce travail.

Malgré la médiocrité de ce premier essai, il peut être assuré que nos interminables colloques campagnards feront long-feu.

A François RAUX-FILIO

compagnon attentif des secrètes aventures.

A mes amis lyonnais

dont la chaleur me fut si précieuse.

UNIVERSITE DE LYON

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

DOYENS HONORAIRES :

MM. J. LEPINE	Membre de l'Institut
H. HERMANN	Correspondant de l'Institut

DOYEN :

M. J.F. CIER

ASSESSEURS :

MM. M. LEVRAT
L. REVOL

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. GUIART
PATEL
LEPINE
TRILLAT
MOURIQUAND
MAZEL
GARIN
GATE
MARTIN
GABRIELLE
SANTY
DUCLOS
GUILLEMINET
HERMANN
ROCHET
POLLOSSON

PROFESSEURS :

MM.	CIBERT	Clinique Urologique
	PONTHUS (détaché à Beyrouth)	Physique biologique
	DECHAUME	Clinique Neuro-psychiatrique et d'Hygiène mentale
	CHAMBON	Chimie organique et toxicologie
	WERTHEIMER	Clinique chirurgicale F
	PAUPERT-RAVAULT	Clinique médicale B
	FROMENT	Clinique et prophylaxie cardio-vasculaires
	CROIZAT	Clinique médicale C
	ENSELME	Chimie biologique et médicale
	MALLET-GUY	Clinique chirurgicale A
	REVOL	Pharmacie galénique
	PIGEAUD	Clinique Obstétricale
	BOURRET	Médecine du travail
	LEVRAT	Clinique médicale A
	SOHIER	Hygiène et action sanitaire et sociale
	NETIEN	Botanique et cryptogamie
	BERTRAND	Clinique chirurgicale C
	BADINAND	Chimie analytique pharmaceutique
	DREVON	Pharmacie chimique et pharmacologie
	ROCHE	Médecine légale et déontologie
	COUDERT	Parasitologie et pathologie exotique
	MOUNIER-KUHN	Clinique d'Oto-rhino-laryngologie et d'audio-phonologie
	PAUFIQUE	Clinique ophtalmologique
	THIERS	Clinique de dermatologie, syphiligraphie et allergologie
	BRUN	Clinique de pneumo-phtisiologie
	CREYSSEL	Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique
	DARGENT	Clinique carcinologique
	GUICHARD	Anatomie pathologique
P.	GIRARD	Pathologie générale et expérimentale
	LATARJET	Anatomie
	PEYCELON	Pathologie chirurgicale

PROFESSEURS (suite) :

MM.	M. GIRARD	Clinique médicale D
	VACHON	Pathologie médicale
	GALY	Physio-pathologie des voies respiratoires
	PAPILLON	Radiologie
	JEUNE	Clinique médicale infantile et hygiène du premier âge
	GONIN	Hydrologie thérapeutique, climatologie et écologie sociale
	MONNET	Bactériologie
	BANSSILLON	Physiologie et pathologie obstétricales
	CHATONNET	Physiologie B
	GUINET	Clinique endocrinologique
	TRILLAT	Clinique de chirurgie orthopédique
	FREIDEL	Clinique stomatologique
	J. MARION	Clinique de chirurgie et d'orthopédie infantiles
	DORCHE	Matière médicale et législation pharmaceutique
	L. DUMONT	Histologie et embryologie
	PERROT	Chimie
	J.F. CIER	Physiologie A
	J. PERRIN	Thérapeutique chirurgicale et chirurgie opératoire
	P. MICHAUD	Clinique de chirurgie cardiaque
	C. SARROUY	Clinique médicale infantile
	X.....	Clinique des maladies infectieuses
	X.....	Biologie médicale et pharmacodynamie
	X.....	Clinique gynécologique
	X.....	Thérapeutique

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL :

MM.	BERGER	Physique nucléaire appliquée à la médecine
	BERTOYE	Bactériologie
	MANSUY	Neuro-chirurgie
	COLLET	Chimie générale et pharmaceutique

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL (suite) :

MM.	LACROIX	Hygiène et climatologie
	LIARAS	Clinique chirurgicale propédeutique
	LECUIRE	Neuro-chirurgie
	REVOL	Médecine générale
	GOINARD	Thérapeutique chirurgicale
A.	CIER	Pharmacie chimique et pharmacologie
M.	PONT	Médecine générale
	TRAEGER	Médecine générale

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM.	ROMAN	Parasitologie
	FEROLDI	Anatomie pathologique
	MORET	Physique biologique
	ODDOUX	Botanique et cryptogamie
	de SOLLIERS	Chimie analytique
	DESPIERRES	Médecine générale
	GARIN	Parasitologie
	TOLOT	Médecine du travail

MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES TITULAIRES

MM.	R. CREYSSEL	Chimie biologique
	THIVOLET	Hygiène
	PINET	Electro-radiologie
	GUYOTAT	Neuro-psychiatrie
	DESCOTES	Chirurgie générale
	JOUVET	Pathologie expérimentale
	PEYRIN	Physique biologique
	TOMMASI	Anatomie pathologique
	BUFFARD	Electro-radiologie
	LEJEUNE	Médecine générale et thérapeutique
F.	de MOURGUES	Stomatologie
	NAUSSAC	Maladies infectieuses
	REBOUILLAT	Chirurgie générale

MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES TITULAIRES (suite)::

MM.	ROMAGNY	Pédiatrie
	DELAHAYE	Médecine générale
	DELEUZE	Anesthésiologie
	GIRAUD	Electro-radiologie diagnostic et thérapeutique
	MICHEL	Anesthésiologie
	FRANCOIS	Pédiatrie et puériculture
	MICHOULIER	Chirurgie générale
	COLOMB	Dermatologie
	LAMBERT	Médecine générale
	FRIES	Médecine générale
	GILLY	Pédiatrie
	ROBERT	Médecine générale
	BOUCHET	Anatomie
	BETHENOD	Pédiatrie
	GERMAIN	Immunologie, sérologie, hématologie
	KALB	Pneumo-phtisiologie
	LARBRE	Pédiatrie
	SOUSTELLE	Chirurgie générale
	VIALA	Médecine générale
	VINCENT	Bactériologie, parasitologie, virologie
	COLIN	Médecine légale

MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES STAGIAIRES

MM.	FAVRE-GILLY	Hématologie
	GIROD	Histologie et embryologie
	GRAS	Chimie biologique
	MALLEIN	Chimie analytique
	RIFFAT	Hygiène
	FAUCON	Biologie médicale et pharmacodynamie
	FLANDROIS	Physiologie
	VIALLIER-RAYNARD	Bactériologie
	ROLLET	Pharmacie galénique

AGREGES EN SERVICE

MM.	BONAMOUR	Ophtalmologie
	G. de MOURGUES	Chirurgie générale
	DEVIC	Médecine générale
M.	DUMONT	Obstétrique
	DURAND	Urologie
	FRANCILLON	Chirurgie générale
	SAUBIER	Chirurgie générale
	SCHOTT	Neuro-psychiatrie
	ALLEGRE	Neuro-chirurgie
	CHASSARD	Electro-radiologie
	FAYSSE	Orthopédie
	GAILLARD	Oto-rhino-laryngologie
	GARDE	Médecine générale
	HUGONNIER	Ophtalmologie
	MARET	Chirurgie générale
	MORNEX	Médecine générale
	NORMAND	Médecine générale
A.	PERRIN	Médecine générale
	DUMAS	Stomatologie
	GARMIER	Obstétrique
	NOEL	Médecine générale
	SCHNEPP	Orthopédie

EXAMINATEURS DE LA THESE :

Président : Monsieur le Professeur J. DECHAUME
Assesseurs : MM. P. GUINET
J. GUYOTAT
M. JOUVET

I n t r o d u c t i o n e t P l a n

I N T R O D U C T I O N

La "fureur de boire" dont parlait SALVATORI, nous avons souvent pu l'observer chez des malades mentaux en période processuelle. Et la concomitance de cette soif, qui à force d'être dévorante n'en est presque plus une, avec l'expression phantasmique et hyper-symbolique de leur vécu au cours de ces accès, nous avait fortement intriguée.

Qu'était ce symptôme, cette clef d'ouverture du chaos dans lequel se débattaient nos patients, cette perche tendue à quel "soignant" voudrait bien s'en saisir ? De plus, il semblait qu'en satisfaisant leur demande on puisse apaiser momentanément les troubles mentaux dont elle témoignait.

Connaissant les difficultés multiples qui entravent l'abord du malade mental, dès lors qu'il nous oblige aux méandres de son délire, nous n'espérons pas pouvoir remonter au signifié originel, si fort soit le signifiant- soif.

Aussi l'envie nous est-elle venue de jouer par la bande en étudiant les potomanes, buveurs à l'état pur, pour ainsi dire (ou plutôt les porteurs de syndrome polyuro-polydipsique pour des raisons que nous exposerons plus loin). Plusieurs questions se posaient avant d'aborder l'étude de l'origine de ce symptôme SOIF : d'abord, ces buveurs non délirants présentent-ils d'autres troubles mentaux ? ensuite, leur soif est-elle de la "même eau" que celle des délirants ? Enfin, y a-t-il une structure type du potomane ?

L'enquête clinique, sur la base de dossiers médicaux et de conversations avec certains patients, nous a permis de répondre à ces questions, comme nous l'exposerons dans ce travail.

C'est en étudiant le point d'impact du symptôme-soif dans les structures du schizophrène et du potomane que nous avons pu avancer, au jour de nos études analytiques, dans la question qui se posait à nous :

"Quelle est cette soif ? De quelle souffrance parle-t-elle ?"

Nous avons sciemment écarté le buveur alcoolique de notre étude en raison de l'appât toxicomane inclus dans le choix de sa boisson ; en outre, sa structure est maintenant bien connue. Par contre, il serait certainement intéressant de compléter nos documents cliniques par des enquêtes psycho-somatiques en éthologie, en pédiatrie et en diabétologie ; mais l'ampleur d'ouverture de ce champ d'investigation nous a fait reculer après une première prospection.

P L A N

Dans une première partie, nous essaierons de présenter l'état actuel des connaissances, tant endocrinologiques que psychiatriques, relatives à la fonction de la soif et à ses troubles.

La seconde partie de ce travail sera consacrée à l'exposé clinique des conduites de soif pathologiques que nous avons notées chez des malades mentaux psychotiques. Puis nous tâcherons de voir comment ces anomalies s'inscrivent dans leur structure.

L'étude des syndromes polyuro-polydipsiques constituera la troisième partie. Son premier chapitre rassemblera les résumés des observations recueillies à la Clinique d'Endocrinologie de LYON. Un deuxième chapitre dégagera, à partir de ces documents cliniques, les principaux dénominateurs communs de ces malades, et une ébauche de leur structure psychanalytique sera tentée dans le troisième chapitre.

Ayant remarqué les relations étroites qui existent entre l'hydratation des individus et leur production onirique, nous avons consacré la quatrième partie de cette thèse à l'étude du rêve sous son double aspect : fonctionnel et symbolique.

Enfin, dans la dernière partie, nous nous efforcerons de montrer la valeur de ce "symptôme - soif", ses différentes natures (envie, besoin, instinct, etc...) puis, à travers des structures dissemblables, sa signification univoque et, par là, son rapport à la castration.

Les conclusions, l'index bibliographique et la table des matières ferment ce travail.

P r e m i e r e p a r t i e

L e s t r o u b l e s d e l a s o i f .

CHAPITRE I

DONNEES ENDOCRINOLOGIQUES CONCERNANT LES TROUBLES DE LA SOIF

Dans la genèse d'un syndrome polyuro-polydipsique, le trouble de sécrétion de l'hormone anti-diurétique a une place capitale que nous situerons avant d'évoquer les atteintes primaires du centre de la soif.

Le défaut de sécrétion de l'hormone anti-diurétique ne peut être bien compris que si l'on se reporte à des données physiologiques.

1/ Le lieu de production de cette hormone se situe au niveau des noyaux supra-optiques de l'hypothalamus antérieur, ainsi que l'on montré les expériences de destruction de ces centres et aussi l'effet correcteur sur la polyurie, de l'injection d'extrait d'hypothalamus antérieur.

Ces centres fonctionnent sur un mode cholinergique et leur sécrétion peut être stimulée par la nicotine. Ce fait sert de base au test utilisant cet agent pharmacodynamique.

Le produit de sécrétion se déverse dans le tissu nerveux, suit le tractus supra-optico-post-hypophysaire, et au niveau de la post-hypophyse se produit une accumulation, puis une libération dont le mécanisme est mal connu.

2/ L'hormone anti-diurétique agit au niveau de la portion distale du tubule rénal, en augmentant l'absorption facultative de l'eau.

3/ La mise en oeuvre de la sécrétion de l'hormone anti-diurétique répond :

a) tout d'abord à un mécanisme osmotique, ainsi que l'avaient montré les expérimentations de VERNEY et Mary PICKFORD. L'injection d'une solution hypertonique provoque la production d'hormone anti-diurétique

Les récepteurs dits "osmorécepteurs" sont localisés au système carotidien et à l'hypothalamus antérieur ; on a pu mesurer des courants d'action à leur niveau, et leurs variations selon l'osmolarité du liqui-

de de perfusion.

On doit par ailleurs faire place à un mécanisme volumétrique : la perfusion d'un liquide isotonique provoque chez le sujet normal une décharge diurétique ; les "volorécepteurs" ont donc une action inhibitrice sur la sécrétion d'hormone anti-diurétique.

b) A côté de ces mécanismes régulateurs de base, se greffent de puissantes interactions.

- Tout particulièrement celles des mécanismes de la soif. L'existence d'un centre isolé de la soif est certaine ; on le situe dans l'hypothalamus postérieur.

La destruction stéréotaxique de cette zone provoque une disparition de la soif.

Il obéit lui aussi aux variations de l'osmolarité, toute baisse de celle-ci entraînant une diminution de l'activité de ce centre.

La fuite sodée, secondaire à l'administration de salidiurétiques, est le stimulus utilisé pour vérifier l'intégrité de cette fonction au cours du test au chlorothiazide.

C'est au niveau de ce centre que s'insère le contrôle volontaire et que s'articulent la soif réglée par des mécanismes osmotiques et le désir de boire régi par des centres supérieurs corticaux.

- L'interaction de la cortico-surrénale s'effectue par l'intermédiaire du sodium, dont le taux de réabsorption est sous la dépendance de l'aldostérone.

Elle s'effectue aussi par l'intermédiaire du volume sanguin. Ces deux éléments (natrémie et volémie) établissent un antagonisme d'action entre la production cortico-surrénalienne et celle de l'hormone anti-diurétique.

On connaît la disparition du diabète insipide par surrenalectomie bilatérale, ou par suppression de l'ante-hypophyse, productrice d'A C T H.

Ces données physiologiques nous permettront d'établir un protocole-type pour l'exploration d'un syndrome polyuro-polydipsique, quel qu'il soit.

Il faut d'emblée préciser que le terme de diabète insipide est réservé aux atteintes des centres producteurs d'hormone anti-diurétique et que celui de polydipsie primaire est limité aux emballements primitifs du centre de la soif.

Les témoignages de la production d'hormone anti-diurétique sont fournis d'une part, par la baisse du débit urinaire exprimé en millilitres par minute, et d'autre part, par l'augmentation de la densité et de l'osmolarité de l'urine.

Le test à l'A.D.H. (anti-diurétique-hormon) montre la sensibilité normale des tubules rénaux à cette hormone, autrement dit, en pratique, leur aptitude à promouvoir la baisse de la diurèse et l'élévation de la concentration urinaire.

Le test de restriction de boisson entraîne chez le sujet normal une sécrétion d'A.D.H., par l'intermédiaire de l'élévation de l'osmolarité sanguine.

Ce test fournit une étude synthétique de tous les mécanismes et permet d'opposer le diabète insipide (où la tolérance à la diète hydrique est très mauvaise : fièvre, déshydratation et absence de diminution du débit urinaire) aux potomanies (où la restriction est bien tolérée et provoque une baisse de la diurèse et une élévation de l'osmolarité).

Le test de CARTER et ROBINS (perfusion saline hypertonique) laisse indifférente la diurèse du diabète insipide vrai.

Le test à la Nicotine (1 à 3 mg) ne réduit pas la diurèse.

Enfin l'exploration de la soif est possible

grâce aux tests par les diurétiques. La déperdition de sodium diminue l'osmolarité, et fait disparaître les incitations envers le centre de la soif.

Dans le diabète insipide authentique, le phénomène de soif est réduit, la diurèse se trouve de ce fait diminuée, alors qu'il est irréductible dans les atteintes primitives du centre de la soif, où l'emballement est incontrôlable.

L'ensemble de ces tests va donc permettre de distinguer trois conditions pathologiques :

Le diabète insipide authentique, où tous les tests sont pathologiques, sauf celui au Chlorothiazide.

Les polydipsies primaires, où seul le test au Chlorothiazide est pathologique.

Les potomanies, où aucun de ces tests n'est perturbé.

Il faut cependant situer une autre éventualité : celle du diabète insipide induit par une potomanie, où il y a surmenage et insuffisance fonctionnelle de sécrétion d'hormone anti-diurétique.

Le bilan biologique est au départ celui du diabète insipide, mais on voit les tests se normaliser après un déconditionnement.

Enfin, un élément potomaniaque peut, à l'opposé, majorer un authentique diabète insipide et expliquer la persistance d'une diurèse élevée malgré l'administration d'une dose importante d'hormone A.D.H.

CHAPITRE II

CONNAISSANCES ACTUELLES SUR LES VESANIES DE LA SOIF

Après un rappel de la nosographie classique, nous envisagerons ses ambiguïtés et ses insuffisances.

- I -

Nous emprunterons à MM. PARIENTE et TRILLAT (in E.M.C.) l'essentiel de la description de ces états pathologiques.

On les divise en deux groupes :

1/ Les dipsomanies

Ce terme est dû à HUGELAND. Auparavant ces états avaient été décrits sous les dénominations de "fureur de boire" par SALVATORI, de "monomanie d'ivresse" par ESQUIROL, et MAGNAN les avait intégrés aux impulsions des dégénérés.

"Il s'agit d'un besoin impérieux, brusque et immotivé, d'ingérer de grandes quantités de liquide, généralement alcoolisé. Le début est marqué par une phase de malaise, d'inquiétude, d'irritabilité, d'abattement moral, au cours de laquelle apparaît une sollicitation de plus en plus pressante, puis le besoin tyrannique de boire. Pendant cette phase de lutte anxieuse, le malade cherche par tous les artifices à échapper à l'impulsion qui finit par le dominer. Il absorbe alors n'importe quelle boisson alcoolisée en quantité énorme".

Donc nous reconnaissons là l'obsession-impulsion classique appliquée à un thème particulier. Elle est d'ailleurs accompagnée de son cortège classique : anxiété, excitation psycho-motrice, fugues protectrices, vols. Henri EY les range dans les protopulsions.

La durée de ces crises varie d'un à quelques jours, et entre ces épisodes le sujet paraît normal.

Tous les auteurs qui traitent de la question mentionnent

la dipsomanie élective au café au lait, citée par JANET, et au champagne, rapportée par LHERMITTE.

Plus intéressantes sont les dipsomanies-équivalents-mineurs de l'épilepsie. Ici, début et fin de la crise sont très brusques et il s'y ajoute des caractères propres à l'étiologie : amnésie consécutive, convulsions associées.

De même on trouve des dipsomanies équivalent à un accès maniaco-dépressif.

Enfin, elles ne sont pas rares dans les séquelles de traumatisme crânien ou de lésion organique cérébrale (encéphalites - tumeur infundibulo-tubérienne).

2/ La potomanie

Elle fut décrite par ACHARD et L. RAMON en 1905. Nous citons le résumé de PARIENTE et TRILLAT : "Désigne l'ingestion voulue ou facilement consentie de boisson (le plus souvent de l'eau) sans que le sujet en éprouve un véritable besoin. Il ne s'agit plus ici de crises, mais d'un état permanent..... Du point de vue pratique, on retiendra qu'il s'agit souvent d'enfants mythomanes, hystéroïdes et dissimulateurs. Chez l'adulte, la potomanie remonte généralement à l'enfance et s'inscrit dans le cadre du déséquilibre mental".

- II -

A notre avis, cette description très classique comporte des inconvénients et quelques erreurs.

1/ Parce qu'ils ont voulu l'ériger en maladie, les auteurs de travaux sur la dipsomanie ont écarté de son cadre des comportements pathologiques qui n'ont pas été reclassés par ailleurs. Ainsi les accès dipsomaniacques (non éclectiques et pas forcément alcooliques) des

délirants, soit chroniques comme chez les schizophrènes, soit passagers comme dans les "moments féconds" (H. EY) des sujets qui décompensent une névrose jusque là bien supportée.

En outre, cette classification ne mentionne pas le trouble par privation, la sitiophobie, qui constitue pourtant un comportement extravagant.

Il faudrait donc ajouter, dans le cadre des troubles transitoires de l'appétence à boire, un deuxième paragraphe relatif à ces accès.

Certains caractères les différencient de la dipsomanie décrite plus haut : il ne s'agit pas d'une obsession-impulsion, car le malade ne lutte pas contre le brusque besoin de boire. Il accomplit alors un acte presque involontaire qui ne s'inscrit que dans la ligne de mire de son délire. L'impulsion se manifeste à l'état pur. Ne serait-ce que du seul point de vue médico-légal, cette distinction a son importance.

D'autre part, il ne s'agit pas d'une attitude répétitive : une autre impulsion, tout aussi symbolique, pourra la remplacer.

Par ailleurs, le terme d' "immotivé", régulièrement employé dans la description de ces brusques accès, nous semble assez impropre car, si les motivations sont en effet inapparentes au patient, elles devraient être claires à l'entendement du psychiatre.

2/ En ce qui concerne la potomanie, il est inexact que le sujet n'éprouve pas un véritable besoin de boire. Au contraire, tous le décrivent comme impérieux. Seulement, en modifiant leur psychisme par des sédatifs ou des tranquillisants, on réduit l'exigence névrotique de colmatage de l'anxiété.

D'autre part, nous apporterons la preuve que le début des troubles de la soif ne se situe pas dans l'enfance, mais à l'orée de l'âge adulte..

3/ De la sitiophobie, nous dirons qu'elle est toujours en rapport avec un délire, qu'il soit exprimé ou non. Ainsi en va-t-il chez le catatonique, le persécuté ou le mélancolique. Il est d'ailleurs intéressant de remarquer que le "petit déprimé" a tendance à boire trop, alors que dans l'accès mélancolique vrai, du fait des idées délirantes d'indignité, d'incurabilité, bref de mort imminente, le sujet devient sitiophobe.

Enfin, nous pensons que l'on gagnerait en clarté en réservant le terme de sitiophobie à ce symptôme rencontré dans les syndromes psychiques : il s'agit là d'une phobie véritable (valeur symbolique ou conjuratoire, mise en question de l'existence) qui se distingue du refus conscient ou de l'impossibilité de boire rencontrés dans certaines maladies organiques (tétanos ou rage par exemple).

Cependant, cette distinction n'est pas toujours facile à établir : ainsi dans le délirium tremens, la sitiophobie relève-t-elle de la physio-pathologie du métabolisme de l'eau ? ou est-elle secondaire aux troubles neuro-moteurs (tremblement, déglutition) ? ou encore conditionnée par les idées délirantes ?

Si dans cet exposé nous avons critiqué et complété l'article de PARIENTE et TRILLAT, c'est qu'il représente exactement ce qui s'écrit habituellement sur la question des vesanies de la soif. Nous espérons qu'ils pardonneront à notre exigence.

4/ La psychanalyse a ouvert un soupirail sur ces parents pauvres des conduites alimentaires que sont les troubles de la soif.

A notre connaissance tout au moins, il n'a été publié aucune étude psychanalytique sur les syndromes polyuro-polydipsiques, non plus que sur la potomanie. Cependant, les travaux se rattachant aux obésités, aux boulimies, aux anorexies mentales et aux diabètes, peuvent nous éclairer tant soit peu. En cas de danger ou de traumatisme menaçant son équilibre mental ou son intégrité (au sens d'incomplétude) l'in-

dividu, s'il est fragile surtout, régresse à un stade primitif de sa structuration psychique où il n'a pas eu à connaître d'échec (soit disant) dans la réalisation de ses désirs.

Ainsi l'assoiffé en arrive-t-il au stade oral qui correspond à l'époque où le lait et le sein de sa mère comblaient ses besoins et symbolisaient une relation réussie avec l'Autre. Il utilise alors le symbole "aliment" pour conjurer son anxiété. Nous verrons plus loin qu'il ne faut pas s'en tenir à ce schéma caricatural.

Enfin et surtout, ces descriptions cliniques ou psychodynamiques ne rendent compte que d'un aspect des maladies de la soif (l'absorption) en ignorant son corollaire (l'élimination).

D e u x i e m e p a r t i e

L a s o i f e t l e d e l i r a n t .

CHAPITRE I

CINQ OBSERVATIONS DE MALADES SCHIZOPHRENES
AYANT PRESENTE DES ACCES DIPSOMANIAQUES

Les documents cliniques que nous rapportons dans ce chapitre nous ont été fournis par l'observation personnelle de malades mentaux hospitalisés à la clinique de Chailles, "La Chesnaie" que dirige le docteur JEANGIRARD. Nous y étions médecin-résident, ce qui nous a permis, vivant en permanence au contact des pensionnaires, de saisir sur le vif quelques expériences délirantes et de pouvoir les confronter avec ce qu'en disaient ultérieurement leurs auteurs.

Par ailleurs, du fait de l'imposition de techniques institutionnelles à la totalité de leur existence quotidienne, ces malades vivent dans un perpétuel compromis entre leur mode de vécu antérieur (où le monde extérieur était capté par le délire et interprété selon ses thèmes) et la notion de réalité que l'on tente d'introduire dans leur relation à l'Autre.

Il s'ensuit pour eux un statut psychique fragile et mouvant qu'ils pourront transgresser au fur et à mesure de leurs progrès, mais qui les expose à de graves régressions chaque fois qu'ils se trouvent devant une situation angoissante qu'ils ne peuvent dépasser.

De plus, ces patients suivaient soit une cure psychanalytique avec le Dr. KAMOUH, psychanalyste attaché à la clinique, soit une psychothérapie avec nous-même. C'est pourquoi leurs raptus survenaient aussi bien à l'occasion d'un traumatisme signifiant et mal vécu, qu'à l'occasion d'une prise de conscience au sein du champ analytique (nous employons le terme "prise de conscience" dans son sens analytique, c'est à dire surgissement et appréhension d'un problème au niveau de l'Inconscient, sans qu'il soit pour autant verbalisable, donc ni préconscient ni à plus forte raison conscient, et se manifestant le plus souvent par l'irruption de l'angoisse).

Parmi les observations recueillies, concernant toutes des schizophrènes gravement régressés, nous en détaillerons seulement cinq, les autres n'apportant rien de plus à notre argumentation.

Chaque observation se compose d'un résumé de l'évolution morbide du malade, suivi du récit des faits cliniques à partir desquels nous avons entrepris notre thèse.

Pour ce qui est des thérapeutiques appliquées à ces patients, nous dirons seulement qu'ils ont tous reçu les soins habituellement proposés - cure de sommeil, de SAKEL, sismothérapie, neuroleptiques - le tout dans une visée institutionnelle très poussée.

Souvent les prescriptions médicales se faisaient "à la demande", l'ordonnance de base pouvant être ajustée au mieux à tout instant par les médecins au cours de la journée, en fonction de l'évolution morbide des patients. Ceci était possible grâce à une surveillance constante et aux rapports extrêmement souples entre les soignants.

OBS. N° A

M. SEL..... 23 ans en 1961

A.H. Père bonne santé, commerçant.

Mère : épisode psychopatique en 1952 (Ste ANNE), décédée de cardiopathie.

A.C. Un frère, bonne santé, bien équilibré, marié, de caractère faible ; il se range facilement aux opinions de sa femme et attendra assez longtemps pour se manifester de façon positive auprès de son frère.

Curriculum vitae :

Accouchement normal, allaitement maternel jusqu'à 18 mois, développement normal. En nourrice à 4 ans, enfant triste, ne jouait pas. Famille israélite traquée par les Allemands. Bonne scolarité primaire, fléchissement vers 14 ans (comptabilité). De 14 à 20 ans, travaille avec son père, à contre-cœur.

Début des troubles durant le service militaire : fugue dans Paris.

Séjour de six mois au Val de Grace où il est traité par une cure de Sakel.

Très amélioré, il travaille un an et demi avec son père, et mène une vie normale.

Rechute en septembre 1960 à la suite d'un voyage avec un club. Il fugue à Lyon. Hospitalisé à la clinique d'Épinay, il y subit une cure de sommeil qui n'amène pas d'amélioration. Il entre alors à la clinique de Chailles.

A son entrée, il se présente comme un grand catatonique, extrêmement renfermé et impulsif, totalement apragmatique. De temps à autre, il présente des épisodes hallucinatoires, mais qui ne livrent passage à aucun contenu utilisable sur le plan de la relation thérapeutique.

Par la suite, après un épisode délirant que nous relatons plus loin, il entre dans une phase de reconstruction où les progrès constatés dans son comportement et sa resocialisation recourent exactement l'évolution de sa structure psychique.

En effet au cours de la psychothérapie que nous avons engagée avec lui, il se produit une mutation où partant d'une structure typiquement schizophrénique, il parvient à intégrer quelques-unes de ses pulsions sur un mode hystérique, puis à transgresser apparemment définitivement le stade phantasmatique oral et à s'installer dans un statut que l'on peut grossièrement qualifier d'hystérique.

Du reste, refusant de retrouver une situation infantilisante, si à sa sortie il reprenait son mode de vie antérieur au sein de sa famille, il décide de partir travailler dans un kiboutz en Israël.

LES TESTS pratiqués au cours de son séjour à la clinique sont tout à fait évocateurs de son évolution.

Le 26 Janvier 1962 (huit mois après son entrée, à l'époque de sa crise libératrice) :

Wechsler-Bellevue

Quotient proche de la moyenne avec forte détérioration.
La compréhension des situations révèle une inadaptation profonde ;

Mémoire immédiate faible. L'échelle de performance est relativement meilleure que la partie verbale ; cette dernière comporte quelques bonnes réponses et des réponses nulles tandis que les épreuves de performance sont bien réussies, mais lentement (aucune bonification pour le temps).

Rorschach

Protocole très pauvre, ne permettant pas de conclusion.

Analyse des dessins

- Les arbres

Leur couronne correspond à ce type de couronne vide, sans armature que l'on rencontre fréquemment chez les schizophrènes. La ligne du sol rigide marque le contact difficile avec le monde ambiant. De plus, le tronc du second croquis commence à distance du sol, il n'y a pas de contact entre l'individu et le monde extérieur. Le tronc du premier croquis est gribouillé violemment, surtout à gauche, largement fixé au sol à gauche (incapacité de se dégager de la protection maternelle, ou d'un substitut maternel). Il est curieux que tous les coups de crayon des gribouillages dans la zone qui correspond aux racines aillent vers la gauche : ceci traduit également la fixation à un état de dépendance infantile (l'individu n'existe que dans le passé, n'a pas d'avenir).

- Le bateau

Une barque à voile indique l'inconsistance du Moi : la personnalité est soumise aux influences extérieures. Cette barque est posée sur l'eau de manière insolite ; on retrouve dans ce détail la marque d'un problème attaché au rapport du sujet avec l'ambiance.

- La maison

présente un déséquilibre entre la construction et le toit. Ce dernier symbolise avec la tête l'affirmation ; un coup de crayon très appuyé du côté gauche indique l'incapacité de s'affirmer. La barrière, tout en ne barrant pas complètement l'accès de la maison, interdit le passage vers l'arrière-plan, c'est à dire vers le haut, vers la région des relations sociales. Il est vraisemblable que cette représentation signifie que la relation à la mère (symbolisée par la maison) entrave l'établissement de relations interindividuelles. Pour aller

vers le haut, il faudrait passer par la maison, c'est à dire dépasser la fixation à la mère.

- Le personnage

Dessiné d'un trait rompu, repris, il est tourné vers la gauche et n'a que le bras gauche : l'incapacité de s'affirmer (traduite par le trait), le besoin de protection (orientation vers la gauche) sont renforcés par l'appui sur un bâton.

- Le village

ne présente qu'un bâtiment ayant une individualisation nette : l'église, symbole maternel. Le reste de l'agglomération est formé de maisons sans destination, sans ouvertures : impossibilité de s'individualiser. Le gribouillage qui met l'accent sur le sol peut avoir une double signification : la moitié inférieure de la page est la zone du Moi ; ici, elle est vide et ces coups de crayon traduisent l'anxiété. Ils peuvent aussi représenter le besoin de protection.

Batterie de tests du 2 mars 1962

Rorschach

Toutes les planches sont refusées. Les planches très noires créent un malaise intense puisque le sujet ne les prend même pas en main, ainsi que la planche 7 qu'il rend immédiatement ; ceci indique une anxiété aiguë (choc au noir) et l'ambivalence à l'égard de l'image maternelle.

Les dessins

- La maison manque d'assise, toute la partie inférieure est absente, elle ne repose sur rien.

- L'arbre : le flou qui représente le feuillage traduit la désorganisation de la personnalité. Les branches sont largement béantes : absence de but.

- Le personnage est mal en équilibre sur la pointe des pieds et son bras le fait ressembler à une poupée articulée.

T.A.T.

La planche n° 1 paraît exprimer une évolution fortement perturbée dans un milieu familial où la vie de l'enfant est réglée sans

tenir aucun compte de ses besoins et de ses aspirations. Le refus de la planche n° 5 va dans le même sens : rejet d'une surveillance permanente, culpabilisante pour le sujet. Le thème familial de la planche n° 2 est refusé. Les gravures évoquant un thème sentimental sont soit rejetées, soit l'occasion d'une réponse futile qui écarte leur véritable signification. La planche évoquant la relation à la mère apporte une interprétation traduisant le sentiment de "mort affective". Le sujet a le sentiment de ne pas pouvoir parvenir à l'intégration sociale, par rapport au groupe il est comme un mort. La planche n° 14 qui montre une pièce noire ouvrant sur un extérieur lumineux est refusée. La planche n° 16 ne donne rien. Le sujet reste enfermé dans son angoisse, sans entrevoir d'issue : il paraît n'avoir aucune aspiration, ne plus être capable de revendiquer quelque chose puisque l'avidité affective à l'égard de la mère, que l'on relève ordinairement dans les tests de personnalités gravement régressées, ne se retrouve même plus ici.

Batterie de tests du 1er mars 1963

Rorschach

Le type d'appréhension est très élevé. On note pourtant une bonne analyse et plusieurs réponses de type combinatoire. La tendance à l'interprétation globale correspond à une difficulté à s'individualiser.

Le type de résonance intime tend vers la coartation : inhibition affective et incapacité de réagir aux excitations du milieu. La formule secondaire est au contraire un rapport d'introversion. Les kinesthésies animales marquent l'immaturation de la personnalité. L'appréhension de la couleur se fait sur le mode de l'affectivité incontrôlée. Le contenu est "feu" et cette réponse se localise à la planche 9 (symbole maternel) montrant que les difficultés de contrôle sont liées à la relation à la mère. A la planche 10 seule est interprétée une tache bleue : écrevisse ou araignée : images maternelles teintées d'anxiété.

Le besoin de soutien est exprimé deux fois.

La planche 6 est refusée (image masculine). Les interprétations des planches 2 et 3 sont globales, amputées de la partie rouge.

T.A.T.

Le protocole s'est considérablement enrichi.

L'interprétation de la planche 16 (blanche), reprenant le thème de la planche 1, traduit le besoin d'être guidé.

La seule planche refusée est actuellement la planche 7 B.M (image paternelle). L'image maternelle apparaît perfectionniste à la planche 5 et rejetée à la 6 B.M. Un souhait de mort se fait jour à la 13 M.F, concernant une femme (la mère ?) et il est vraisemblable que la planche 8 B.M, dont l'interprétation reste vague, a trait à la mère. Dans le protocole précédent, la planche 6 B.M évoquait la mort du fils (loi du talion). Un stade a donc été dépassé.

Les dessins

- Le personnage : il garde la même attitude de déséquilibre sur les pointes des pieds. Toutefois les doigts sont esquissés et le bras droit s'est peu à peu précisé au cours de la série. Il demeure mal raccordé au corps, trop court : les tendances actives sont en voie de libération, mais l'évolution n'est pas à son terme.

- Le bateau est toujours une barque à voiles ; mais sa position par rapport à la mer est moins insolite, le soleil apparaît et un mat s'esquisse : les relations aux images parentales se normalisent et la personnalité s'achemine vers l'autonomisation.

- Les arbres se sont considérablement modifiés ; ils frappent surtout par le tronc et les branches ombrées qui indiquent une prise de conscience de l'anxiété.

- Le village traduit également une prise de conscience de l'anxiété et des difficultés : l'église, image maternelle, se situe à droite, isolée. Tous les toits ombrés marquent l'anxiété attachée à l'affirmation de soi.

- La maison, meilleur croquis de la série, le plus nettement évolué : la porte n'y est plus absente et la barrière a disparu.

Nota :

L'apparition de l'angoisse et des représentations de la prise de conscience des problèmes correspond historiquement à la mutation de structure constatée en psychothérapie.

M. SEL...., plus que taciturne, presque mutique, mais calme, frappe un soir un camarade qui se trouvait dans son dos. Conduit dans sa chambre par deux moniteurs, il entre dans une violente agitation anxieuse, semble ne plus identifier ses infirmiers qu'il tente de frapper également, et donne l'impression de se défendre au sein d'un monde hostile, peuplé d'hallucinations effrayantes. Tout à coup, il crie "je meurs, on me tue, j'ai soif ! A boire, à boire !"

Il se jette sur l'eau qu'on lui tend, mais la renverse, mord le bord du verre. Bref, il ne sait visiblement plus boire. On lui tend une bouteille qu'il tète avidement et absorbe ainsi quelques litres.

Lorsqu'il est rassasié et calme, nous lui proposons des neuroleptiques qu'il refuse. Sans insister, nous l'abandonnons jusqu'au lendemain, prête à intervenir à nouveau, si besoin est.

A notre grand étonnement, lui si réticent jusque là, nous explique dès le matin ce qui lui est arrivé la veille. Il nous exprime ses idées de persécution qu'il ne critique d'ailleurs pas et qui sont très anciennes. La veille, il était en proie à des sensations priapiques, quand il "sentit le regard de son camarade se poser sur sa nuque et le changer dans son corps". Il a ensuite basculé dans un "monde de sensations" où il se sentait "pris à la gorge, étranglé par des individus qui se trouvaient dans son dos et qu'il ne voyait pas".

De la suite, il se rappelle d'abord la sensation de biberon, puis notre visage, sans l'identifier encore, puis avoir compris que ce visage soutenait la bouteille, enfin l'avoir reconnu comme étant celui de son médecin.

OBS. N° B

Melle Michèle FER... 24 ans en 1958

A.H. parents enseignants en Afrique (St Louis du Sénégal)

Père d'apparence très inconsistante et bonnasse.

Mère autoritaire sous un aspect aimable, en réalité grande névrosée.

A.C. Une soeur plus âgée de deux ans, un frère 14 ans. Ils n'ont pas posé de problèmes psychiatriques jusqu'ici.

C.V.

Enfance : nourrie au lait de vache, beau bébé, marche à un an, parle un peu tard, mais chante très tôt. Rapidement propre. S'entend très bien avec sa soeur aînée.

Elle fut élevée pendant ses 4 premières années par ses grands-parents dans l'Aveyron et elle eut un énorme chagrin lorsqu'il lui fallut les quitter. A la même époque "cystite épidémique" (?). En sort très amaigrie, fait de la chaise longue, manque de force.

Bonne élève, voulait toujours être la première ; très scrupuleuse.

Première règles à 15 ans, le même mois avait eu un ictère catarral fruste.

Terrorisée par son père - surprotégée par sa mère.

Etudes primaires et secondaires en Afrique, de bonne tenue.

Fait des études de Pharmacie, deux ans.

Début des troubles par une phase maniaque en 1956 qui oblige son entourage à la faire interner ; elle fait deux cures d'insuline : en 1956 (30 comas) se trouve améliorée dès les premiers comas. En 1957, les résultats sont plus tardifs. Au début de 1958 apparaît un syndrome hallucinatoire : elle entendait ses amis parler, sans malveillance cependant ; son corps lui semblait "déformé" ; le monde était devenu plus ou moins bizarre.

(On entre donc dès lors dans une symptomatologie de type schizophrénique).

A son entrée à la clinique de Chailles, en mars 1958, elle

se plaint de la classique sensation de "tête vide", d'être "insensible à tout, de ne plus sentir la musique". Les gens lui paraissent être des automates. A l'endormissement, elle sent "son crâne qui craque". Les rêves arrivent sous forme hallucinatoire avant même qu'elle ne s'endorme. Elle a le sentiment d'être indifférente à tout. Se plaint également de troubles de l'attention, ne parvient plus à lire.

Par contre, "les voix" ont disparu. Parle de son "instabilité".

Craint "de rechuter" : "je n'ai pas le temps de me le dire (que j'ai été malade) que je me sens brusquement sous pression, comme si j'allais m'évanouir, le coeur bat plus fort". Impression de dépersonnalisation "je n'ai pas ma personnalité, je ne suis pas moi-même" (alors que lorsqu'elle était délirante, elle avait l'impression d'être elle-même). Au temps des fausses reconnaissances, elle y croyait, mais "les voix" lui faisaient tout de même penser "que ce n'était pas naturel". "Quand j'étais malade, je me prenais pour Juliette". Roméo, c'était Y.C. (son ami). Et aussi "je ramenaient un peu tout à moi, je vivais tous mes souvenirs". "Maintenant je serais plutôt neurasthénique, je souffre". "J'avais l'impression que ma tête rentrait dans le moteur, risquait d'être broyée". "Quand on coupe le pain, j'ai l'impression que mon coeur rentre sous le hachoir".

Elle avait de nombreux flirts, mais n'a eu de rapports sexuels que depuis qu'elle est malade, mais : frigidité, recherche des "sensations, étreintes, preuves d'affection".

Donc en 1958, elle se présente comme une schizophrène améliorée qui souffre encore de dépersonnalisation, d'un vague sentiment d'influence, de quelques pensées imposées, d'un désintérêt relatif, et de lenteur.

Assez bon contact, ni discordance, ni délire.

Par la suite, elle s'améliore lentement, prenant de plus en plus de responsabilités au sein du club des malades, assurant de nombreuses activités et améliorant son contact social.

En 1961, elle entreprend une cure psychanalytique avec le Dr. KAMOUH tout en vivant à la clinique.

En 1962, elle part à Paris, vit au foyer que la clinique y possède, puis s'autonomise et loue une chambre. Travaille à l'Institut Pasteur, mais très lente au travail elle est licenciée pour "incapacité". Par ailleurs, elle mène une vie très normale. Ce renvoi, sanctionnant son apragmatisme, est très traumatisant : elle perd pied.

Réapparaissent à nouveau l'indifférence, les difficultés à se lever, à se soigner, le soin obsessionnel de sa toilette, les vérifications sans fin, etc..

Elle trouve du travail dans un laboratoire où l'on fait de l'expérimentation sur des rats. Mais elle refuse "de leur faire du mal". (Des souris et des hommes). Elle dit "Des rats aux hommes, pas de différence ; je ne veux pas y passer".

Rechute dans un épisode hallucinatoire terrifiant, 5 mois après sa tentative de sortie : délire d'imagination, peur d'être envoyée dans la lune, de subir le même sort que les rats (référence aux expériences cosmiques pratiquées à cette époque et à celles du laboratoire).

Angoisse énorme. Hallucinations audio-visuelles.

Peu à peu, cet état perd de son acuité : les hallucinations, l'automatisme mental disparaissent. Restent : l'angoisse, surtout matinale, un apragmatisme variable, et le "bouclier obsessionnel" (rites, vérifications, etc...).

TESTS

Aucun test n'a été pratiqué à son entrée. Par contre, une batterie a été relevée juste avant son essai de sortie.

Rorschach

Type d'appréhension élevé ; réponses de type structural, inhibition, anxiété.

Le type de résonance intime est coarte ; pas de kinesthésies humaines (peur de l'humain). Les kinesthésies animales sont stéréotypées et traduisent le besoin de contact social. La couleur est vue sur le mode impulsif.

La planche 4, image paternelle, donne une réponse menaçante, chargée d'angoisse et par ailleurs dévirilisée.

Des tendances antagonistes (gargouille-objet mort et rocher protégeant de la chute dans le précipice) font penser que la structure s'organise sur un mode obsessionnel.

Les dessins

- Bateau et maison sont infantiles.
- Dans le dessin libre, le poisson marque le besoin d'un milieu protecteur. Le poisson comme le bateau sont seulement posés sur l'eau.
- Le personnage est double : deux têtes de femmes : besoin de créer un couple dont l'image masculine est dévirilisée.
- De même deux maisons sont accolées dans le village : l'une a une cheminée (élément viril), l'autre n'en a pas. L'église et la mairie, seuls autres éléments du village, indiquent la dépendance vis à vis des images parentales.
- Les branches de l'arbre présentent une rupture à leur naissance avec le tronc : l'affectivité ne peut s'investir dans le contact social.

Porteus et Labyrinthes

Ces tests, qui ne présentent pas de difficultés intellectuelles pour le sujet, indiquent une certaine hésitation : manque de

confiance en soi, de clarté dans l'organisation, de fermeté dans la réalisation.

Melle FER..., très améliorée sur le plan du comportement et parvenue à un stade d'évolution structurale suffisamment solide pour que l'on puisse tenter l'expérience en espérant son succès, avait été autorisée à reprendre une vie normale hors de la clinique. Installée dans de bonnes conditions matérielles, morales, affectives, elle occupait un poste de laborantine à Paris et poursuivait sur place sa cure analytique. Alors que tout s'était bien passé jusque là et que son analyste était satisfait de l'évolution de la cure, elle suspendit tout à coup les séances et cessa de fréquenter sa famille. Par ailleurs, sa vie semblait demeurer normale.

Trois semaines après la dernière séance, elle revint inopinément chez son analyste ; déjà physiquement changée (elle présentait une bouffissure du visage à chacun de ces épisodes processuels) elle exprima des interprétations délirantes sur son travail et sur les animaux d'expérimentation qui étaient ensuite sacrifiés ; puis regardant un bouquet de fleurs exotiques et rouges posé sur le bureau du médecin, elle s'enlisa dans un délire où le rouge, le maléfique s'alliaient à la torture et à la décapitation.

Ramenée dans la nuit à la clinique et se sentant à nouveau en sécurité, elle passa une nuit calme.

Au petit matin, la veilleuse l'entendant crier brusquement, la trouva recroquevillée dans le coin de son lit, hurlante de terreur, inabordable. Arrivée immédiatement, il nous était également impossible de nous faire reconnaître d'elle et de nous en faire entendre. Toute tentative d'approche déclenchait des gestes hostiles. L'ayant laissée seule un court instant, nous entrâmes à nouveau dans sa chambre, un

bol d'eau à la main, en criant très fort "Michèle, il faut boire ! " ; elle prit le bol sans mot dire, le but, puis un autre, tout aussi avidement, et un troisième ; puis, à notre grand étonnement, elle se glissa dans son lit et s'endormit rapidement, sans avoir dit autre chose que "non, non, non !" au moment où nous avions tenté de lui prendre la main. Il passait dans ses yeux, au moment où elle buvait, tantôt de l'étonnement, tantôt l'expression d'un énorme effort de concentration, tantôt de la méfiance. Même à ces instants-là, elle continuait de boire, alors que nous nous attendions à ce qu'elle jette le bol.

Au cours de la journée et de la nuit qui suivirent, elle but 4 à 5 litres d'eau ou de jus de fruits "naturels, hein, je ne suis pas un cobaye, moi !!" En effet, elle prenait le soda orange pour du sang dilué et le citron pour de l'urine. Quoique calme, elle n'en tenait pas moins des propos délirants : "oui, je sais que je suis à la clinique, mais je n'ai plus confiance. C'est comme dans tous les hopitaux, vous faites des expériences sur les gens. Je ne suis pas un cobaye, je veux m'en aller".

Elle reconnaissait bien les autres médecins et le personnel soignant. Pourtant elle conservait pour nous accueillir le même regard étonné, scrutateur. Enfin, elle nous dit à brûle-pourpoint : "Qu'est-ce que tu fais là, toi ?". "Je soigne les malades de la clinique, je suis le docteur BONNIER". "Mais non, tu es bien ma soeur ?" Et sur notre dénégation "je vous crois, mais elle est gentille aussi et elle a un chien. Et si vous êtes docteur, vous faites des expériences". Nous possédons en effet un chien-loup qui, vivant librement dans la clinique, était assez fréquemment le support de phantasmes castrateurs des malades. "Elle est gentille et elle a un chien" et elle donne à boire aussi : la mère castratrice ne peut guère être mieux décrite.

Quelques jours après, émergeant de son délire grâce aux neuroleptiques, elle nous confiera que la nuit de son retour elle s'était effectivement sentie rassurée en retrouvant la clinique, mais que, au

matin, elle a fait un rêve qui l'a tellement effrayée qu'elle "ne pouvait plus en sortir". Ce rêve, nous l'étudierons plus loin, mais nous le citons dès maintenant. Lorsque la clinique fut incendiée, Michèle y était déjà pensionnaire. Et elle a rêvé que des monitrices voulaient lui faire traverser le brasier pour l'emmener dans un autre bâtiment. Notre arrivée dans sa chambre a certainement renforcé sa conviction délirante résiduelle.

Quels souvenirs lui reste-t-il de cet accès ?

Le rêve et la sensation de brûler, puis la fraîcheur de l'eau, c'est tout. Par contre, elle décrit très bien la montée progressive de l'angoisse qui l'étreignait au fur et à mesure qu'elle s'identifiait aux rats décapités au laboratoire. En fait, cette décapitation était déjà un produit de son imagination phantasmante, car les bêtes étaient tuées avec des produits toxiques et hors de son laboratoire. "Je ne me sentais pas bien, j'avais peur de perdre la tête à nouveau" nous dit-elle plus tard.

OBS. N° C

M. Christian LEN... 28 ans en 1960.

A.H. Père, militaire, puis directeur-fondateur d'une compagnie d'assurances, mort d'une tuberculose pulmonaire il y a 20 ans.

Mère, cinquante ans, très anxieuse, hypomane, captrice, culpabilisée.

A.C. Deux frères, l'un assureur, l'autre militaire. Tous deux ont un aspect schizoïde.

A.P. La petite enfance fut à peu près normale, mais par la suite retard scolaire et "troubles du caractère" apparurent (entre autres détails, il battait sa mère).

Les premiers troubles de type schizophrénique apparurent à l'âge de 15 ans. Il fut hospitalisé successivement à Ste Anne, à St Alban dans le service du Dr. TOSQUELLES, enfin à la clinique des Rives de Prangins ; partout il fut considéré comme un malade extrêmement dangereux du fait de ses impulsions fréquentes et particulièrement

agressives et également de ses tendances pyromaniaques.

A son entrée à la clinique de Chailles, un médecin a noté (1960) : "Schizophrénie grave d'apparence déficitaire ; rare symptomatologie positive. Ralentissement de la pensée, difficulté de l'évocation, pauvreté des associations avec sentiment d'effort, à la limite de la confusion".

Barrages, réponses à côté.

Diminution temporo-spatiale.

Expression du vide intérieur "je n'ai pas de cerveau".

Lambeaux délirants.

Conservation d'une certaine façade relationnelle.

Le début de son séjour fut une période relativement calme, mais sans aucune activité. Rapidement, son comportement se détériore et l'on signale deux tentatives d'incendie. C'est également à cette époque qu'il ouvre sans cesse les portes du poulailler et de la porcherie (cette activité est très fréquente chez les schizophrènes qui se projettent dans ces animaux prisonniers et de plus voués à la mort).

Plus tard, il se fracture la jambe droite ; un plâtre mal fait entraîne une gangrène et une amputation au niveau de la cheville.

A partir de là, tous les thèmes de son délire se centrent sur cette mutilation, et réalisent parfois un syndrome de COTTARD. Il régresse encore malgré les traitements mis en oeuvre et son langage n'est même plus un jargon, mais plutôt un agglomérat de sons d'où émergent de temps à autre des onomatopées et quelques phrases symboliques et délirantes.

Le psychanalyste attaché à la clinique tente de réintroduire une relation verbale et restructurante ; cette entreprise apparemment vouée à l'échec donnera des résultats positifs. Mais bien que l'on commence à percevoir des motivations à ses colères, à ses violences, son comportement pose d'énormes problèmes dans la vie quotidienne de l'éta-

blissement. Il devient un objet de phobie ce qui aggrave son comportement, au moment, difficile pour lui, d'un début de prise de conscience de sa situation et de quelques-uns de ses problèmes.

Au fur et à mesure qu'il communique mieux avec les autres, et qu'il évolue véritablement "en structure", il devient possible d'envisager les hospitalisations et les interventions nécessaires pour établir une prothèse sur son pied. En effet, tout se passe convenablement : il marche maintenant presque normalement. "C'est pas un pied qu'y faut me remettre, c'est la tête ; on m'a volé ma tête". Déprimé, et hypocondriaque, il amorce une nouvelle phase d'agitation que l'on tolère plusieurs mois, mais que l'on n'espère plus pouvoir lui faire dépasser. Une lobotomie est décidée : elle donne finalement de bons résultats. Calme et détendu, il entre dans une nouvelle phase de progrès et ne marque pas de détérioration sensible. Il fréquente régulièrement les ateliers : céramique, peinture, serre.

TESTS

On lui a fait passer tant de batteries de tests qu'il serait fastidieux de les rapporter tous ici ; nous n'avons relevé que les points qui nous paraissaient les plus importants ou les plus au fait de l'idée directrice de ce travail.

Batterie de Février 1962

Rorschach

Gros choc à la planche 6 (masculine) et à partir de là, le sujet ne voit plus que des formes humaines. L'angoisse attachée à la sexualité a absorbé toutes les énergies disponibles. Choc au rouge également.

Les dessins Tous tracés au crayon rouge (impulsivité incontrôlée).

- Les arbres : affectivité totalement désorganisée.

- Le bateau : l'eau n'est pas dessinée : dépendance totale de l'image maternelle.

- Le personnage a une touffe de cheveux au sommet du crâne, non issue de la tête : la virilité n'est pas intégrée, reste extérieure à la personnalité.

Wechsler-Bellevue

Grosses difficultés à enregistrer les questions, il commence par les répéter en redemandant les chiffres.

Echelle verbale : 74, de performances : 67, complète : 70.

Il ne s'agit pas d'une débilité, mais d'une détérioration, car certains termes ignorés des débiles sont connus par lui de façon précise.

Batterie d'Octobre 1962

Les dessins

- Le personnage de couleur rose traduit le blocage à un stade très infantile. Bras non raccordés : non-intégration de l'activité.

- Le bateau rouge montre la source des conflits.

- Les arbres : deux sont en bleu, un autre est jaune : dépendance à l'égard de la mère et difficulté d'identification au père.

- Le village est rouge et divisé en deux : images parentales à gauche, projection du sujet et boucherie à droite signant une évolution vers le stade sadique. Nota : A rapprocher du chat dépecé au Rorschach et de son comportement à cette époque.

Rorschach

Par rapport au précédent protocole la planche 2 n'est plus refusée, la relation au sexe féminin n'est plus rejetée. Cependant, elle traduit encore de l'anxiété (rouge et noir) et la dépendance vis à vis de la mère (poisson).

La planche 4 montre un début d'identification au père.

T.A.T.

A la planche 2, rejet des images parentales. A la planche 5, conflit non déguisé avec la mère. Les planches 8 et 12 M montrent

les souhaits de castration et de mort envers le père. Néologismes à la 10. A la dernière planche (vierge) la tour Eiffel et l'Arc de Triomphe évoquent la dominance maternelle sur le père. D'autre part le sujet ne rejette plus totalement sa propre virilité.

Nota : Les mêmes émergences se faisaient jour en analyse à cette époque.

Batterie de Juillet 1964 (après la lobotomie)

Wechsler-Bellevue

Echelle verbale : 96, de performance : 77, globale : 86 (très amélioré). Il faut surtout remarquer qu'à la question "que feriez-vous si un ami vous demandait quelque chose que vous n'avez pas ?" il répond "je lui donne autre chose".

Les dessins

Ce sont des dessins libres, exécutés en présence du Dr. JEANGIRARD, et commentés par le malade.

On peut suivre l'évolution de sa structuration depuis 1960, sur la représentation des phantasmes d'incorporation dont il se dégage peu à peu ; et également la succession des thèmes de feu, d'eau, etc...

Il souffrait donc d'une schizophrénie à forme paranoïde et, à son arrivée à la clinique, en dehors de la rêverie autistique, sa seule activité consistait en tentatives pyromaniaques et en déambulations. D'une manière générale, il était grand consommateur de boissons les plus diverses (leur goût ne comptant absolument en rien pour lui) mais n'avait pas la voracité habituelle aux schizophrènes, refusait souvent la nourriture et vomissait parfois. Nous avons fait pratiquer des examens biologiques hépato-digestifs qui s'étaient révélés normaux. Au cours de la psychothérapie entreprise par le Dr. KAMOUH, notre malade retrouva une sociabilité utilisable et un langage : celui-ci restait évidemment assez symbolique, mais souvent traversé de raccourcis métaphoriques géniaux et de notations poétiques et humoristiques qui nous en donnaient les clés.

Mais lorsqu'une de ses requêtes n'avait pas été comprise, notre malade donnait l'impression d'être capté, emporté par un orage d'oralité d'une violence inouïe. Il devenait dangereux, tentait de frapper qui se trouvait près de lui, cassait des portes et des carreaux. Plus tard également, surtout lorsqu'il commença à parler de son père au cours des séances psychothérapiques et dans une deuxième phase, lorsqu'il entrevit la phallicité de sa mère, il devint nécessaire pour des raisons de technique analytique de refuser de donner satisfaction à certaines de ses demandes. C'est alors qu'il présenta les crises les plus violentes. Cependant, nous parvenions à le calmer tout à fait et très rapidement en lui donnant une bouteille de bière ou de coca-cola ; il est remarquable à ce sujet qu'il n'ait jamais jeté la bouteille à la tête de l'entourage. Comme il fallait faire vite, nous lui offrions souvent une cigarette qu'il têtait goulûment en attendant la boisson.

Il sortait de ces états de fureur, essoufflé, rompu de fatigue. Il absorbait plusieurs litres, vomissait, buvait à nouveau, urinait, rebuvait ; puis après un grand soupir de bien-être et quelques rots, le sourire lui revenait et la vie repartait ; il oubliait même pour un temps ou définitivement l'objet de la frustration que nous lui avions imposée.

Il lui arrivait de passer par des phases de dépression au cours desquelles il exprimait verbalement son angoisse et sa lassitude à vivre ainsi, prisonnier des autres et de lui-même ; mais parfois il restait muet sur son désarroi et se contentait alors de revenir à ses anciennes conduites pyromaniaques : il faisait flamber quelques papiers, un peu de paille. Intervenir, tenter d'éteindre ce feu, déclenchait immédiatement un accès de fureur. Par contre, si on lui présentait quelque chose à boire, quoi que ce soit, il abandonnait volontiers son activité et restituait de bon coeur le papier et les allumettes volés.

Au cours des crises que nous venons de décrire, il nous était nécessaire en général de lui montrer la bouteille, incapable

qu'il était d'entendre une offre verbale : d'où l'utilité de la cigarette. Par contre, certains jours, il trouvait lui-même la manière d'assouvir sa pulsion : il allait droit au but, volant au bar ou à la cave, peu accessible pourtant, essayant de fracturer la porte éventuellement, écartant violemment les importuns ; son calme ne cédait à la violence que devant l'obstacle.

OBS. N° D

Melle Renée MAI... 34 ans en 1962

A.H. Père décédé en 1960 de tuberculose pulmonaire. "Il ne s'entendait pas avec Renée. Du jour où elle a senti que j'étais d'accord avec son père, elle s'est butée contre moi aussi.... mais je suis très patiente" dit la mère.

Mère : aspect de veuve éternelle soigneusement entretenu : grands voiles noirs, etc. De santé relativement bonne, elle travaille à la Protection de l'Enfance. Obséquieuse, adhésive, l'oeil aux aguets, elle note tous les éléments défavorables du comportement de sa fille. Elle parle de "sa croix". Bref, aspect de "grande faucheuse".

A.C. Deux demi-soeurs de 41 et 42 ans, mariées ; l'une est assistante sociale, l'autre fonctionnaire ; elles sont filles de M.MAI.. mais ont été élevées dès 6 et 7 ans par la mère de Renée.

Une soeur aînée de 39 ans, mariée à un psychiatre.

C.V.

Dans l'enfance, Renée était délicate, surtout à partir de 9 mois (crise du 8e mois mal résolue ?). Vire sa cuti à 4 ans. Double bronchopneumonie, depuis n'a jamais été bien portante. Cures fréquentes : La Bourboule, Saint Honoré.

Bonnes études, sortie première de Berlitz, diplôme d'anglais. Puis suit des cours par correspondance pour être secrétaire médicale.

Elle fut employée de bureau pendant 7 ans dans la même maison et commença à présenter des troubles du comportement et des interprétations erronées à la suite du départ de son chef de service. Elle s'était jusque là montrée affectueusement attachée à lui et il est probable qu'elle était déjà érotomane à cette époque.

Rapidement, son beau-frère psychiatre se rendit compte de

la menace qui pesait sur le diagnostic et la fit admettre à la Salpêtrière, ce qu'elle ne lui pardonna jamais, s'étant sentie trahie par sa famille. A la Salpêtrière, elle fut considérée comme une schizophrène et soignée comme telle.

Ensuite elle fréquenta plusieurs établissements psychiatriques dont elle partit toujours rapidement avec ou sans l'autorisation des médecins. Elle arriva à l'hôpital de Bonneval dans le service du Dr. H. EY en octobre 1960 et y demeura jusqu'en juillet 1961.

Elle se présentait alors comme une schizophrène, mutique, catatonique, apraxique et s'exprimant très peu sur son délire. Même lorsqu'ayant fait des progrès considérables, elle put retrouver un semblant de vie sociale, elle demeura toujours paranoïaque, réticente, méfiante et interprétante, rigide et revendicante.

Partie en permission à Paris chez sa mère, elle prolongea son séjour jusqu'à une nouvelle rechute qui la ramena à Henri Rousselle, où elle fut traitée essentiellement avec des neuroleptiques. Les symptômes typiquement schizophréniques qui avaient amené son hospitalisation rétrocédèrent assez rapidement.

Elle fut admise à la clinique de Chailles en juillet 1962.

A son entrée dans cet établissement, elle avait un aspect très "asilaire" qui contrastait avec l'allure relativement coquette qu'elle avait à Bonneval. Elle avait coupé ses cheveux à ras "pourquoi pas, puisque je suis une bête" nous dit-elle alors. Dans son observation, on note "endormie, bouffie, elle semble avoir été bourrée de neuroleptiques". Assez réticente au cours de l'entretien à propos de tout ce qui n'est pas proprement physique : maux de tête, bourdonnements, lipothymies. Barrages fréquents. Pas de discordance, méfiance peu apparente. Tendance à l'isolement, mais paraît satisfaite de la mixité. N'exprime pas d'idées délirantes, sauf en ce qui concerne ses revendications (toujours les mêmes) vis à vis de la sécurité sociale, de son beau-frère, de sa mère. Par la suite, on assiste à une lente amélioration.

tion de son état psychique, coupée de quelques régressions, mais de toutes façons seul le comportement est changé, la structure persiste telle qu'avant. Aussi la malade "plafonne-t-elle" à un niveau que l'on ne peut espérer dépasser.

Il se trouve que Melle MAI... a été suivie à Bonneval et à Chailles par le même médecin et la même psychologue, ce qui étale son observation sur trois années.

TESTS

Batterie de tests du 10 Août 1962 (entrée à Chailles)

Rorschach

Le type de résonance intime se rapproche de l'extratensivité : sujet dépendant du milieu et réagissant de manière incontrôlée. L'appréhension de la couleur se fait sur le mode incontrôlé et égocentriste. Nombre élevé de réponses colorées : besoin de contact social. La planche à symbolisme maternel est refusée, celle à symbolisme féminin apporte une réponse anxieuse, celle à symbolisme masculin un détail dans l'axe, indiquant la recherche d'un soutien.

Cependant, si l'on compare ce protocole avec celui de 1960 (Bonneval) on constate la disparition du refus aux planches 2 et 7 (féminines) et du choc à la planche 4 (image de l'autorité) c'est à dire pour ce sujet, la mère.

A la planche 6 la réponse globale avait été amputée, le symbole masculin était refusé. Le problème a donc perdu de son acuité, une sensible évolution s'est produite.

Nota : Et ceci malgré la grave rechute qui s'est produite dans l'intervalle : les progrès s'étaient structurés et ont tenu.

Conclusion du T.A.T.

Ce protocole révèle des tendances contradictoires : désir de fonder un foyer, par besoin d'affection et pour échapper à la mère d'une part, et d'autre part anxiété touchant la relation aux images masculines résultant de la non intégration de la féminité.

Les dessins

- Le personnage. Il ne représente que la tête et une partie du buste, les bras sont absents : inhibition des tendances actives. Les yeux sont un rappel de l'autorité maternelle.

- Le bateau. Il n'est plus perdu sur une mer qui recouvre toute la page ; ses dimensions sont plus importantes. Il repose de manière insolite et instable sur l'eau : la dépendance à l'égard de la mère est en voie de dépassement, mais la relation reste difficile. La barque contient un passager : besoin de la protection d'un substitut maternel. Nota : Nous avons entrepris une psychothérapie pour cette malade lors de son séjour à l'hôpital de Bonneval et, arrivant à la clinique de Chailles, elle pensait la reprendre.

- La maison surtout elle ne représente plus un refuge par rapport à l'action. Le sujet s'engageait précédemment sur une bifurcation, évitant le chemin principal et revenant vers la gauche, c'est à dire vers le passé... Le premier élément dessiné fut la porte : anxiété investie sur les tendances sexuelles. L'énorme bouton a la même signification.

- Le village ... La voie principale s'oriente selon la ligne de vie... elle aboutit à la gare et l'habitation du sujet se trouve à côté (possibilité de libération rapide des tendances actives).

Le motif exprimant le problème à l'égard de la mère n'est plus au centre de la page bouchant la voie normale de progression, mais dans la zone inférieure gauche, celle des problèmes infantiles.

... Poste et ferme sont situés côte à côte, représentation anale des tendances sexuelles. Ce motif est le seul qui soit conservé du village antérieur, mais il s'est modifié : la barrière isolant la ferme a disparu ainsi que l'animal buvant au bassin (dépendant de la mère) le bâtiment n'est plus sectionné.

- La promenade dans la forêt... Le village montre que l'agressivité est dépassée : le cimetière entourant l'église marque la fixation à un stade prégénital, tandis que dans la position précédente, il révélait les souhaits de mort envers sa mère... Les panneaux indicateurs Bonneval et Chailles signifient que l'hospitalisation constitue un refuge contre l'emprise maternelle.

Batterie du 23 Novembre 1962

Les dessins

- Le personnage. Les yeux changent d'aspect, la pupille perd de son importance : culpabilité à l'égard de la mère moins intense. Les deux narines sont représentées : la relation aux images masculines évolue.

- Le bateau. Les vagues supérieures n'ont été esquissées qu'à la fin : la relation à la mère se normalise. Les voiles sont ombrées : l'autonomie est en voie d'acquisition, le sujet éprouve une certaine inquiétude touchant sa direction personnelle. Il y a cependant des rames permettant de faire avancer la barque ... Deux personnages les manoeuvrent : leur disposition serait bien peu efficace, mais elle a une signification importante : le croisement symbolise la rencontre des deux sexes. Un bon transfert (Dr. JEANGIRARD) a fait évoluer le problème.

- La maison. Une zone sombre forme un soubassement (affleurement à la conscience de l'ambivalence à l'égard de la mère)... Une lampe surmonte la porte, une seconde façade s'ébauche : la relation au sexe masculin prend quelque réalité et n'est plus envisagée comme une fuite hors de sa mère.

- L'arbre. Il a plus de netteté : meilleure affirmation. Sa couronne est tracée et s'inscrit dans la page : meilleure adaptation au réel.

- Le village. La couleur y apparaît. Une route est colorée en bleu : la relation à l'Autre est dépendante de la relation à la mère : le problème affleure maintenant à la conscience. ... Les problèmes sont nettement formulés... Dans la zone affective, la mairie et l'école sont inscrites entre deux images maternelles virilisées (l'église et le château d'eau)... A la place du tourniquet au sommet du clocher, on remarque une cloche (symbole féminin)... Le garage symbolise la relation à autrui "en réparation", donc en voie de réorganisation. L'arrêt facultatif marque une étape importante : l'hospitalisation n'apparaît plus comme un refuge contre la mère, mais comme une étape qui sera dépassée.

- La promenade dans la forêt. Elle s'effectue en groupe. Notons l'importance du panier qui apparaît dans les six tableaux, et l'importance de l'image protectrice masculine. La seconde fois, on mange des tartines : le sujet "vit" présentement le stade oral (et cette évolution dépend de la relation à l'image protectrice masculine - transfert positif-). D'où la possibilité d'intégrer sa féminité : panier au bras, contenant des noisettes.

A noter : le thème de l'inclusion lié à l'oralité et dans le premier test du village l'animal qui boit de l'eau. A cette époque une cure d'amaigrissement fut tentée qui, naturellement, échoua complètement.

Partie en permission pour un mois chez sa mère, elle refusa à la fin de son séjour de réintégrer l'hôpital de Bonneval.

Elle prétendit souffrir d'une appendicite et trouva un chirurgien qui consentit à l'opérer. Après quoi, elle reprit ses interminables démarches ou réclamations envers la sécurité sociale, ce qui constitua une nouvelle raison allégable pour ne pas quitter Paris.

Après deux ou trois mois passés ainsi, au cours desquels son comportement pouvait passer pour normal ou à peu près, elle présenta brusquement un syndrome pseudo-diabétique : asthénique, fatigable, elle passait une grande partie de ses journées au lit, assez peu boulimique, mais polydipsique et polyurétique. Un médecin appelé à son chevet fit faire les contrôles biologiques habituels qui révélèrent des taux de sucre normaux dans le sang et les urines. Il crut bon de la rassurer et c'est alors qu'elle décompensa et que réapparut un syndrome psychique aigu identique à celui qui l'avait déjà conduite à Ste Anne.

Cet épisode fut interprété comme une identification à nous-même : en effet, nous avions entrepris pour elle une psychothérapie alors que nous étions interne dans le service du Dr. H. EY, à l'hôpital de Bonneval, où elle se trouvait. Elle nous savait diabétique et avait appris notre prochain départ de cet hôpital.

Adressée à la clinique de Chailles par l'hôpital Henri Rousseau où elle avait été traitée quelques mois, elle ne présentait à son arrivée aucune tendance à la polyuro-polydipsie. Par contre, elle

était devenue obèse, mais cela pouvait être imputable aux neuroleptiques qu'elle avait reçus. Retranchée derrière sa paranoïa, réticente et interprétante, elle faisait tout de même des progrès quant au comportement et à la sociabilité. Nous étions médecin dans cette même clinique sans cependant nous occuper particulièrement d'elle.

Un jour, à propos d'un incident dans lequel elle était impliquée, elle fit une grande crise agitée et délirante avec vociférations, agressivité gestuelle, tentative de fugue et polydipsie très importante. Au cours de cet épisode aigu, elle exprima à la fois toutes les persécutions dont elle se croyait l'objet, et le sentiment d'abandon vertigineux qui avait suivi sa "mise en accusation".

Elle demeura polyuro-polydipsique plusieurs mois, le temps nécessaire pour retrouver un semblant de sécurité et d'éprouver la sollicitude de l'entourage. Les contrôles biologiques, entrepris à titre de sécurité, infirmèrent naturellement le diabète.

OBS. N° E

M. Jacques GIS... 23 ans en 1960

A.H. Père directeur de centre hospitalier.

Mère décédée en 1945 d'une septicémie puerpérale.

A.C. Une soeur (avec laquelle il est très complice) un frère (plutôt ennemi).

C.V.

Enfance : accouchement normal, allaitement artificiel, développement psycho-moteur normal. Aimait les animaux, mais cruauté paradoxale à leur égard. Elève brillant, distractions intellectuelles seulement ; quelques camarades, amitiés durables.

Maladroit avec les jeunes filles.

Déjà bizarre étant enfant : impression que les camarades de son frère lui veulent du mal. Début des troubles en 1954 après son échec à la 1ère partie du bac : épisode confusionnel, s'égare dans les rues de Nantes, arrêté par la police.

Séjour de 6 mois à la clinique d'Epinay (insuline).

Réussit au bachot. Mais désir d'être psychiatre, intérêt pour le yoga et la graphologie.

Rechute, deuxième séjour à Epinay, 6 mois, insuline, sismothérapie.

Pensionnaire au centre médico-psychologique universitaire de Sceaux, il entreprend des études de kinési-thérapie mais rechute et entre à la clinique de Chailles en mai 1960.

A l'entrée :

Schizophrénie stabilisée : bizarreries, distractions morbides, barrages, difficultés de concentration, autisme, apragmatisme, fugues.

Peu de troubles du cours de la pensée, autocritique assez aiguë.

Pas d'hallucinations exprimées, ni de délire verbalisé.

Assez bon contact.

Par la suite, traité, entre autres méthodes, par sismothérapie et cure d'insuline (99 jours, 62 comas). Il se trouve en 1961 en assez bon état pour que soit entreprise une cure psychanalytique. Celle-ci ne se passera pas sans incidents, mais atteindra son but puisque le malade sort en décembre 1963, reprend une vie normale et poursuit à Paris son traitement analytique.

TESTS

Batterie du 2 Mars 1962

Wechsler-Bellevue

Résultats homogènes. Q.I. 125.

Rorschach

Le type d'appréhension est extrêmement élevé. Le type de résonance intime correspond au type dilaté extratensif ; sujet dépendant du milieu, mais réagissant de manière incontrôlée. Tendances actives indiquant la rencontre, la lutte, la course-fuite.

La planche qui donne le plus de réponses est la 2 (féminine) mais elle est teintée d'anxiété. La planche maternelle est pauvre.

T.A.T.

Refus des scènes de tendresse. La relation aux images féminines est égocentrique. Les images parentales sont refusées. Virilisation de l'image féminine.

Les dessins

- Le personnage est une femme ; absence de la main droite : inhibition des tendances actives ; cheveux jaunes, en nattes, oeil bleu : femme-mère virile et perfectionniste, culpabilisante.

- Le bateau. Il rejette la mer, mais il est bleu : ambivalence à l'égard de la mère.

- L'arbre. Pas d'enracinement, il est coincé entre le ciel et la prairie (images parentales).

- La maison. C'est une tente de camping : instabilité, fragilité. Nota : De plus, notre malade avait une très forte propension au naturisme et autres mythes puristes.

- Le village. Très pauvre quoique s'étendant sur quatre pages ; une cathédrale remplace l'église (mère). Mégalomanie.

Jacques GIS... eut à franchir plusieurs passages difficiles au cours de son traitement psychanalytique et certains d'entre eux ne purent s'effectuer qu'après une régression préalable.

C'est alors que notre malade présenta des crises extrêmement graves au cours desquelles il s'adonnait à la violence, menaçant ou frappant, plus particulièrement les monitrices, cassant les carreaux, brisant les croisées à coups de chaises, avant que l'on ait pu intervenir.

Cependant, il restait accessible à la parole, et la présence sécurisante d'un médecin lui permettait souvent de quitter le monde terrifiant des phantasmes dans lequel il avait momentanément sombré.

Il sortait toujours très assoiffé de ces accès, et nous avons été amenée à lui administrer des neuroleptiques en perfusion intra-veineuse.

Par la suite, comme nous commençons à nous intéresser à ce travail, nous avons tenté une thérapeutique uniquement hydrique. Nous

fûmes surprise du résultat car, alors que nous étions assez sceptique quant à l'issue du traitement, non seulement le malade fut apaisé, mais encore beaucoup plus rapidement qu'avec des perfusions. Nous prescrivions l'absorption de 4 à 5 litres de liquide agréable à boire dans la journée, ceci 2 à 3 jours de suite.

CHAPITRE II

ETUDE CLINIQUE DE CES ACCES DIPSOMANIAQUES

Nous pouvons maintenant analyser les caractères de la soif du délirant. En dehors des périodes processuelles, le schizophrène mange énormément, mais boit relativement normalement. Par contre, lors des grands accès délirants, ces données s'inversent.

Il boit alors n'importe quoi, ce qui se trouve à portée de la main, sans tenir compte de la nature du liquide, qui peut être aussi bien de l'alcool que du lait ou de l'urine, non plus que des interdits qui peuvent y être attachés et qu'il respecte d'habitude : propriété d'autrui, etc.. C'est ainsi qu'il est amené à pratiquer des effractions, des vols, et à se montrer extrêmement agressif envers qui essaie de s'interposer.

Il est donc en butte à un besoin dévorant par son intensité et brutal dans sa survenue et il se trouve dans l'incapacité de réfréner sa pulsion ou d'y surseoir. Dans cet instant, il perd toute possibilité de futurisation et il devient vital pour lui d'éliminer rapidement ce qui fait obstacle à la satisfaction de son désir.

Il arrive cependant que, ne se rendant pas compte d'emblée de leur soif, ce soit seulement après qu'on les ait incités à boire, que ces malades ressentent cet énorme besoin d'absorber du liquide.

Le plus souvent, ils boivent avidement, directement au pot ou au goulot, se renversant parfois le liquide sur le visage et la poitrine. Il leur arrive fréquemment de rejeter ce qu'ils viennent d'avaler en le vomissant, puis de boire à nouveau convulsivement.

Ces faits ne sont pas la conséquence de la confusion ou de la désorientation qui pourrait les affecter au cours de leur état délirant aigu, car on retrouve ces mêmes caractères de leur soif, quoique à un moindre degré, chez certains sujets qui délirent à bas bruit.

Nous pouvons donc dire qu'au cours de ces accès dipsomania-

ques, qu'il ait ou non conscience de la manière de satisfaire sa pulsion, le délirant ne pense pas sa soif, mais l'agit. Si l'on satisfait sa demande (sous sa forme de soif) l'agitation et l'anxiété s'effacent pour un certain temps, et ceci à l'exclusion de toute autre thérapeutique médicamenteuse.

On doit reconnaître cependant que le fait que quelqu'un soit constamment présent à son chevet pour le faire boire contribue à sa réinsertion dans le monde du réel, surtout si le soignant est capable d'une attitude thérapeutique.

Au cours de ces crises, on ne peut pas considérer que ce soit le phénomène physiologique de réhydratation qui s'avère thérapeutique, tout au moins pas uniquement. En effet les perfusions n'amènent pas les mêmes bénéfices, et agissent en tous cas beaucoup plus lentement, alors que logiquement ce devrait être le contraire. Même les stigmates de déshydratation (lèvres sèches, langue rôtie) disparaissent moins vite.

Nous avons déjà fait cette constatation à propos des déli-
rium, en un temps où la soif n'avait pour nous qu'une signification physiologique. Nous l'avons vérifié plusieurs fois avec M. GIS...(obs. E) qui, au cours de sa cure psychanalytique, a présenté de nombreux épisodes de réactivation de son délire. Nous avons dû reconnaître que l'absorption de liquide par la bouche était plus efficace dans l'immédiat du point de vue psychique que les perfusions de neuroleptiques, en dehors bien entendu des doses hypnogènes.

Par contre, la crise passée, notre malade acceptait volontiers ses médications qui donnaient alors le résultat escompté.

Il est sûr que le côté agressif de l'acte médico-chirurgical était ressenti et que cette "persécution" aggravait son état mental.

Mais l'utilisation de la zone orale a certainement son importance également.

Examinons maintenant le contenu psychique de ces "moments féconds".

Tous nos patients sont des schizophrènes, mais selon les conditions dans lesquelles ils vécurent (images parentales, milieu social, aléas de l'existence) ils se sont constitués des défenses qui coloraient différemment leur symptomatologie : ainsi Melle MAI... peut en imposer pour une paranoïa, Melle FER... se présente à certains moments comme une obsessionnelle, etc...

Cette coloration, cette structure de défense s'expriment dans leur délire par des thèmes divers :

- M. SEL... (obs. A) se sent étranglé. Il décrit des sensations coenesthésiques précises, et interprête comme défavorable et culpabilisant le regard des autres (et ceci justement pendant qu'il est en érection).

- Melle FER... (obs. B) exprime la persécution dont elle est l'objet par le thème du feu, de la décapitation, de l'expérimentation.

- M. LEN... (obs. C) ne verbalise rien, seule la violence dont il fait preuve montre la gravité de l'épreuve qu'il subit et qu'il hallucine... dans son corps.

- Melle MAI... (obs. D) que sa paranoïa porte plutôt aux constructions intellectuelles (complots, machinations, etc..) présente aussi des sensations coenesthésiques délirantes : elle se plaint d'être l'objet d'attouchements nocturnes de la part de ses voisines de chambre ; et il lui arrive de crier de douleur.

- M. GIS... (obs. E) crie son sentiment d'impuissance au cours de scènes de violence où il cherche à prouver qu'il est le plus fort. De même la tonalité hypomaniaque de son délire l'amène à rechercher les instruments de la puissance : vocation manquée d'S.S., fascination pour les habits militaires, dénonciations ridicules aux gendarmes du village.

Donc le contenu du délire de ces malades s'exprime apparemment de façons assez diverses.

Mais si nous examinons l'ensemble de leurs observations, nous nous apercevons que toutes les façons d'exprimer l'agression, la blessure se retrouvent chez un même individu. Ainsi, Michèle FER..., qui vit une expérience délirante de brasier, de brûlure, s'exprimait ainsi au cours d'un premier accès délirant "J'avais l'impression que ma tête rentrait dans le moteur, risquait d'être broyée" et aussi "quand on coupe le pain j'ai l'impression que mon coeur entre sous le hachoir".

Dans le test de Rorschach pratiqué par M. SEL... au moment où il fut en proie à l'épisode délirant que nous avons relaté (où il se sentait étranglé), on note : "Le contenu est "feu" et cette réponse se localise à la planche 2 (maternelle)".

M. LEN..., chez qui les tendances pyromaniaques réapparaissent aux moments difficiles de son analyse exprime également l'agression corporelle dans un test du village "Le village est rouge, et divisé en deux : images parentales à gauche, projection du sujet et bouche-rie à droite".

Ainsi quelle que soient ses formes d'expression, il apparaît que le délire de nos malades exprime toujours la reviviscence d'une situation phantasmique de persécution, souvent souffrance corporelle risquant d'entraîner la mort.

Nous avons été frappée par la rapidité avec laquelle un symptôme se convertit en soif et par là apaise le malade si le besoin est satisfait.

Parallèlement, il nous a paru intéressant de voir comment cliniquement intervenait la soif. Chez le psychotique, nous pouvons voir qu'elle surgit sans moyen terme, à la place d'autres symptômes, constituant eux-mêmes un autre essai de satisfaction : ainsi pour M. LEN...

l'absorption de boisson peut remplacer la contemplation d'un feu, ou l'apaisement secondaire à une décharge motrice.

Melle MAI... n'extériorise son délire que lorsque son médecin infirme le diabète, lui refusant ainsi la validité de sa soif. La verbalisation délirante et les conduites sécurisantes de collectionnisme et de clinophilie remplacent sa potomanie.

M. SEL... qui dans son délire est étranglé, agressé par derrière, ne crie pas "au secours", mais "je meurs, j'ai soif, à boire, à boire".

Les individus persécutés sont naturellement méfiants et y regardent à deux fois avant d'accepter nourriture et boisson. Pour nos malades, le besoin de boire est si impératif qu'ils acceptent sans réticence la boisson offerte. Dans le cas où les éléments (choses et gens) du monde n'existent qu'en fonction de leur valeur symbolique, le même personnage change de valeur, selon le symbole qui lui est attaché : le médecin qui veut prendre la main de Melle FER... pour l'apaiser est repoussé violemment comme persécuteur, alors qu'il est accepté d'emblée s'il lui offre un bol d'eau.

En fait, l'étude de la structure du schizophrène nous apporte des éclaircissements.

CHAPITRE III

VALEUR ET PLACE DE LA SOIF DANS LA STRUCTURE DES SCHIZOPHRENES

On ne peut comprendre le psychisme d'un schizophrène qu'au vu des toutes premières étapes de la structuration d'un individu normal.

Nous emprunterons à SPITZ la description des principales étapes que franchit le nourrisson dans les huit premiers mois de sa vie.

"Pendant les premières heures de la vie, la nuance de déplaisir est le seul affect que l'on puisse observer ; sa contre-partie est non pas le plaisir, mais la quiétude... (ce qui correspond au principe de Nirvana, énoncé par FREUD, qui consiste dans la tendance à réduire les tensions).... L'enfant à cette époque primitive est incapable de distinguer aucun objet".

Notons qu'ici le terme d'objet est employé au sens de "choses".

Les analystes admettent qu'à cette époque le monde est en quelque sorte "phantasmé" par l'enfant, en fonction de ses sensations de plaisir (ou de quiétude) et de déplaisir.

Vers le 8ème jour, l'enfant répond à des signaux ; ainsi, placé dans la position habituelle de la têtée, l'enfant tourne la tête vers le sein désiré.

"Jusqu'au début du second mois de sa vie, le nourrisson reconnaît le signal de la nourriture seulement lorsqu'il a faim. C'est à dire qu'il ne reconnaît pas le lait en soi-même, ni le biberon, ni le sein".

C'est vers la fin du second mois que l'être humain prend sa place parmi les "choses" de l'entourage du bébé.

Il réagit alors spécifiquement au visage et au regard de sa mère : tout au long de ses têtées, il garde son regard fixé sur le visage de sa mère.

Au troisième mois, apparaît la première manifestation à contenu psychique : le sourire ; mais pour SPITZ, ce n'est encore qu'un si-

gnal, et non une véritable relation libidinisée.

A cette époque capitale, le MOI commence à s'organiser, le MOI-corporel en premier lieu.

Enfin, c'est au huitième mois que l'enfant manifeste de l'angoisse pour la première fois.

Pendant toutes ces phases archaïques, le comportement de la mère est déterminant pour l'enfant, tant par les soins et la nourriture dont elle le gave et le satisfait, mais aussi par la sémantique déjà structurante qu'elle introduit dans leur dyade.

Pour désigner les éléments matériels de l'univers, nous avons utilisé le terme de "choses", réservant celui d' "objet" pour le sens psychanalytique d' "objet libidinal" ou "relation d'objet" que nous préciserons maintenant.

Dans la période du chaos phantasmatique, le nouveau-né ne se constitue pas comme "sujet" puisqu'il ne se distingue pas encore du reste du monde et singulièrement de sa mère ; c'est ainsi qu'il perçoit le sein comme de sa propre appartenance. Puis l'enfant se distingue de son entourage en tant que sujet désirant, doté de pulsions à satisfaire.

La mère, qui satisfait les besoins ou qui frustre le bébé, devient le premier objet libidinisé.

Plus tard, l'objet libidinal peut être le sujet lui-même, dans une partie (bouche, pouce) ou dans la totalité de son corps.

C'est le stade du narcissisme primaire.

A cet auto-érotisme précoce, pré-objectal, succède une phase où l'oralité est tournée vers les objets extérieurs, mais pour les incorporer.

Cette projection permet au nourrisson de déverser ses pulsions agressives (dérivées de l'instinct de mort) et de sa libido sur le monde extérieur et d'établir ainsi une ébauche de relation d'objet.

Mais comme nous allons le voir, le schizophrène n'atteindra pas ce stade. Sa libido n'est jamais objectale ; elle reste narcissique, fixée au stade de "l'objet précurseur" de SPITZ, voire même au

stade pré-objectal.

Si l'on ajoute qu'à sa naissance l'enfant est assujéti au désir de sa mère, occupant en tant qu'objet de ce désir la place du phallus, on comprendra qu'étant donné la personnalité habituelle de la mère du schizophrène, celui-ci ne puisse jamais remonter un pareil handicap.

L'individu qui souffre d'une schizophrénie est un sujet dont la libido a été bloquée à l'un des stades archaïques que nous avons évoqués plus haut.

Les facteurs qui ont pu entraîner cet arrêt sont multiples et PICHON et RIVIERE les classent en trois groupes : héréditaires, de prédisposition et actuels (tels que frustration, échecs, etc...)

L'impossibilité d'intégrer les pulsions agressives ou libidinales est ressentie avec malaise par le MOI, ou tout au moins par l'ébauche de MOI. Celui-ci met en jeu ses mécanismes de défense, tout particulièrement le recours au phantasme et la régression.

Selon la précocité des atteintes du MOI ou des déficiences de sa structuration, le malade fera retour à des stades plus ou moins archaïques, c'est à dire que l'on retrouve le plus souvent chez nos patients une structure correspondant à celle d'un nouveau-né à la période des phantasmes, dans les meilleurs cas à celle d'un nourrisson de 3 à 6 mois, en tous cas de moins de 8 mois, époque d'apparition normale de l'angoisse.

Quand le schizophrène exprime ou vit ses phantasmes, c'est qu'il a régressé au stade le plus archaïque avec perte des relations objectales et effondrement du MOI, au cours d'un conflit insoluble entre le MOI et le CA.

FENICHEL a montré que de ces processus de primitivation dépendaient les symptômes suivants :

les phantasmes de fin du monde, le sentiment de dépersonnalisation qui découlent, selon FREUD, de la perception intime du désinvestissement libidinal des objets, c'est le "monde vide" dont parlent si souvent ces malades ;

les sensations coenesthésiques qui témoignent de l'investissement libidinal des organes au dépens des objets. Il y a atteinte du noyau du MOI que constitue l'image du corps ;

les sentiments d'étrangeté qui sont dûs à un refoulement défensif de l'érotisation narcissique du corps ;

les sentiments de grandeur où, au contraire, la libido ayant investi le MOI, le narcissisme se développe sans encombre ;

enfin la catatonie représenterait par les stéréotypies et les attitudes bizarres "des mouvements intentionnels pleins de sens qui n'ont pu s'effectuer et sont devenus automatiques à la suite de la désintégration du MOI et de la régression motrice profonde" (FENICHEL).

Autre processus de défense : la négation par le phantasme "lorsque l'enfant, grâce à ses phantasmes, est devenu insensible à la réalité... le MOI échappe à l'angoisse et n'a désormais besoin de recourir ni à des mesures défensives contre les pulsions, ni à la formation de névrose. En effet, dans certains cas aigus de confusion mentale psychotique, le MOI de l'individu se comporte de la même manière à l'égard de la réalité.... le MOI nie l'état réel des choses et remplace une partie de l'intolérable réalité par la production d'une formation délirante agréable" (A. FREUD)

FENICHEL fait dépendre de ce processus de restitution les idées délirantes et les hallucinations.

Selon FREUD le désinvestissement objectal détermine le refus de la perception extérieure et la transformation des pensées en hallucinations.

De même dans le délire, on retrouve des lambeaux de réalité refoulée, mêlés à des pulsions également refoulées.

A la lumière de ces précisions théoriques, nous pouvons mieux comprendre certains aspects étranges du comportement des malades

dont nous avons rapporté les observations.

Nous avons noté que la qualité du liquide absorbé est sans importance : il en est de même pour le nouveau-né jusqu'à deux mois ; alors qu'il crie de faim, il ne prend pas la tétine introduite dans sa bouche ouverte. ; à nos malades aussi, il faut suggérer quelquefois activement de boire.

Dans l'effondrement chaotique de leur structure "en chateau de cartes" plus aucune fonction psychique ne vient dévier la pulsion, ou retarder sa satisfaction ; la détente qui suit immédiatement la prise de boisson ou de biberon symbolique (cigarette par exemple) est tout à fait comparable à celle du nourrisson qui vient de se saisir de la tétine ou du mamelon. Elle est également aussi peu durable.

Il faut peut-être se garder de raisonner sur ces seuls éléments ontogéniques.

Restant sur le plan analytique, on peut dire que le besoin de boire du schizophrène correspond à un besoin forclos ; et plus il est forclos, moins le malade peut le reconnaître, d'où les incitations parfois nécessaires pour qu'il prenne conscience de la nature de son besoin. Jusqu'à ce qu'il puisse la reconnaître comme le "truc" qui permettra une satisfaction, cette exigence inominée alarmera le patient, entraînant l'apparition du délire et des violences défensives.

Cette notion de "trucage" met bien en évidence que le vrai désir n'est pas là, et explique que la sédation des troubles soit de courte durée.

Dans les observations A, B, C, nous avons mentionné que le malade commençait à se calmer dès que ses lèvres percevaient l'objet-biberon ; l'importance primordiale de la sensation labiale par rapport à la perception de la présence du liquide dans la bouche montre qu'il s'agit plus, pour le schizophrène, d'un désir de succion que d'une appétence à boire.

A sa suite survient la nécessité d'absorber une grande quan-

tité de liquide, de sentir son corps plein, pour lutter par l'incorporation contre les objets agressifs, le support de la notion de corporeité ne se limitant pas aux lèvres, mais s'étendant à la cavité buccale et digestive.

Il n'est pas encore question de plaisir excrémental, ce qui explique en partie la facilité et le plaisir avec lesquels le schizophrène rejette par la bouche ce qu'il a précédemment absorbé. Ceci dans les épisodes de grave régression évidemment. Ainsi notre malade LEN... (obs. C), grand vomisseur au début de son séjour à la clinique, buvait récemment dans le but évident d'avoir le plaisir d'uriner, mais ceci après des modifications structurales très importantes.

De plus, il ne nous semble pas que l'on puisse expliciter ces vomissements par la théorie du rejet des mauvais objets ou par la culpabilité.

"La technique psychanalytique rend possible (chez les vomisseurs) la découverte d'intenses sentiments de culpabilité, motivés par des tendances agressives-captatives et à l'incorporation. Les vomissements nerveux sont l'expression des sentiments de culpabilité soulevés par ces tendances et du désir de restituer ce que le malade s'était incorporé dans ses phantasmes inconscients" (ALEXANDER).

Il nous semble plutôt (et nous y reviendrons dans la dernière partie de ce travail) qu'il s'agisse de rejeter quelque chose qui aurait à voir avec la première souffrance et non pas avec la première défense (introjection).

Ceci distinguerait le vomissement du schizophrène de celui du névrosé, de la même façon que, comme nous le verrons pour les potomanes, la soif du névrosé et celle du psychotique ne s'insèrent pas au même niveau de structuration.

Nous avons vu également que tous nos patients, bien que s'exprimant différemment, se sentaient tous, en fait, l'objet de persécutions diverses. L'analyse du délire de persécution objective très bien ses rapports avec la soif.

FREUD dit que le persécuteur représente l'objet ambivalentiel ; en effet, lors de l'éclatement du MOI et du retour aux phantasmes, les objets sont incorporés comme on l'a vu et deviennent des constituants du MOI.

Ce qui fait que lorsque le sujet projettera ces objets sur le monde extérieur ils conserveront une coloration propre à son individualité. Ces traits caractéristiques relèvent aussi bien de son corps que de sa psyché. Ainsi toute incitation venue de l'extérieur (dans la mesure où le schizophrène distingue le MOI du NON-MOI) sera toujours vécue comme persécutante.

Les mécanismes de répétition l'entraînent à réagir comme lors de la première frustration, faisant apparaître une demande orale. Dans chacune des observations que nous avons rapportées précédemment, nous avons noté dans le contenu psychique des délires la présence des thèmes de brûlure, de feu, de brasier qui ne sont surement pas sans rapport avec le désir de boire.

Faute de pouvoir empêcher l'irruption du feu persécuteur, le psychotique n'a pas de meilleure solution que de chercher à l'éteindre.

En conclusion, nous pouvons dire que la soif dévorante que l'on observe par accès chez les psychotiques s'insère au niveau des phantasmes dans lesquels le malade a régressé, et prend leur place.

Ce symptôme traduit en fait une souffrance de l'être plus archaïque encore, mais qui n'a jamais pu s'exprimer en tant que telle et se déguise en pulsion orale.

Troisième partie

Le potomane et sa soif.

CHAPITRE I

RESUMES DES OBSERVATIONS RECUEILLIES A LA CLINIQUE D'ENDOCRINOLOGIE

OBSERVATIONS

Nous avons dépouillé 55 dossiers, étiquetés potomanie, diabète insipide ou polyuro-polydipsie, se répartissant en 29 femmes et 26 hommes.

Sur ce total, nous avons éliminé 22 cas, soit pour défaut de renseignements (10), soit parce qu'ils étaient porteurs de lésions organiques suffisantes pour entraîner un dérèglement de la soif : tumeur hypophysaire ou diencéphalique, traumatisme crânien important ou méningite (12).

Par la suite, nous avons reconvoqué 18 de ces malades habitant LYON et dont nous espérons qu'ils reviendraient facilement en consultation. En fait 5 seulement sont venus et une malade s'est donné la peine de nous répondre (fort agressivement).

OBS. N° 1

Mme BOU... 63 ans

A la suite d'ennuis dans son travail apparition d'une polydipsie avec asthénie et anorexie. La polyurie se situe autour de 4 litres et la polydipsie de 4 litres. Dans ses antécédents, on note un diabète très léger et trois fausses-couches:

Glycémie : 1 g 28

Epreuve de la soif sur 12 heures, de type physiologique

Epreuve au CLNA , physiologique

Epreuve à la nicotine + avec baisse de la diurèse

Epreuve au chlorothiazide +

Dg : "Polydipsie primitive"

Elle a toujours vécu en "fille unique", car ses deux soeurs se sont mariées alors qu'elle était tout enfant et sont décédées. De caractère fort gai, elle se décrit comme "chipie", ce qui ne nous surprend pas en raison de son comportement hypomaniaque actuel. Son mari la "gâte" et la traite en enfant ; il est d'ailleurs beaucoup plus âgé qu'elle. Ils n'ont pas eu d'enfant et ses trois fausses-couches ne

l'ont pas affectée.

A la mort de sa mère, sa belle-mère vient habiter avec eux. Lorsqu'elle disparaît à son tour, il n'y a plus personne pour tenir le rôle de la mère et c'est alors que la malade sombre dans un état dépressif réactionnel léger et qu'apparaît la soif d'emblée dévorante. Les troubles régressent après conditionnement, mais elle revient l'année suivante pour boulimie et obésité.

OBS. N° 2

CRU... 12 ans

Polydipsique depuis toujours ; diarrhée associée parfois.
Enfant d'élevage difficile.

Pas de néoformation. Il est impossible de pratiquer des tests. Aucun renseignement sur le contexte familial.

OBS. N° 3

Mme PLA.... 53 ans

Début brutal de la polydipsie un mois après un accident survenu à son mari.

PU 7 à 8 l. PD 10 l.

Prise de poids concommittante.

Examens : Ophtalmologique -

Radiographies du crâne -

OBS. N° 4

Mme RAC... 28 ans

Début brutal de la polydipsie en avril 1959 huit jours après une émotion qui déclenche une éruption (fausse rubéole a dit le médecin traitant) non encéphalitique.

Examens : Radiologique -

O.R.L. -

Ophtalmologique -

Tests : Ne répondant pas au CLNA

Répondant de manière discutable à la nicotine

Dg : Diabète insipide

OBS. N° 5

Mme BER.... 37 ans

Fille unique. Divorcée. 2 filles de 17 et 18 ans.

Nerveuse. Insomniaque. Somnolence diurne.

PD : 8 l.

Dg : potomanie.

OBS. N° 6

Mme MAT... 30 ans

Accident de voiture en août 1958. Hospitalisation : R.A.S.
E.E.G. : normal.

A la sortie : PD 10 l. PU 7 à 10 l. nécessitant des prises de posthypophyse.

Prise de poids concomitante.

Hospitalisation dans le service du Dr GUINET en mars 1960.

Epreuves : ClNa	}	en faveur
Nicotine		d'un diabète insipide vrai

Et pourtant on constate dans le service : "Elément émotif et anxieux ancien". Réduction spontanée des boissons "réalisée par la suggestion de boire moins".

Dg : diabète insipide induit.

OBS. N° 7

Mlle VER... 20 ans en 1959

Elevée à l'Assistance Publique jusqu'à 7 ans. Adoptée à 7 ans. Conflits familiaux. Mère très nerveuse. Elle-même scrupuleuse. Protestante militante.

En 1950, on trouve sa trace à l'Hôpital Ste Marie de l'Assomption à PRIVAS, sans diagnostic précis.

En 1959, anorexie mentale avec perte rapide de 7 kg (33 kg pour 1 m 55).

Pas de vomissements. Aménorrhée. Polydipsie intermittente.

Epreuves : ClNa	}	donnent des réponses physiologiques.
Nicotine		
Posthypophyse		

Dg : potomanie.

OBS. N° 8

Mme HOL... 34 ans

Vient de l'Hôpital du Vinatier.

Boit 8 à 12 l. - Diurèse équivalente.

Troubles caractériels. comitialité. Ethylisme.

Epreuves : Nicotine + ou - pathologique

ClNa	}	physiologique
PostH		

Pendant l'hospitalisation, réduction spontanée et progressive de la diurèse.

Dg : potomanie.

OBS. N° 9

Mme AST.... 31 ans

Polydipsie moyenne, 6 à 8 litres, qui débute en 1955 et augmente dans les six mois qui suivent, s'accompagnant de polyphagie.

Diabète non sucré : hyperglycémie provoquée -

Epreuves : La polydipsie réagit à la posthypophyse

ClNa	}	pas de réponse pathologique
Nicotine		

Examens : Radiographies du crâne : clinoïdes antérieures
très grosses

Dg : diabète insipide probablement induit.

OBS. N° 10

Melle COU... 18 ans

Névropathie ancienne : elle présentait des "crises nerveuses" après une première crise décrite ainsi par la malade : "Je fus saisie d'une sensation d'étouffement et de décharge électrique dans les quatre membres". La comitialite a été confirmée il y a trois ans par l'E.E.G.

Entrée dans le service pour un éventuel diabète sucré transitoire qui a été infirmé par l'hyperglycémie provoquée.

Mais quatre jours après son entrée dans le service, elle a présenté une polyurie-polydipsie à 12 l.

Epreuves : Nicotine } réponse physiologique
 ClNa }
 Posthypophyse : influence la polydipsie
Pas de récédive
Dg : potomanie

OBS. N° 11

Mme CHA... 35 ans
Soif inextinguible
Céphalées intenses précédant l'apparition de la soif.
PU et PD à 7 l.
Antécédents de sinusite, mais frontale gauche seulement.
Examens : E.E.G. normal
 Radiologiques
 Ophtalmologiques
 Oto-rhino-laryngologiques - tous trois normaux
Epreuves : Neptal IV : réponse normale
 Posthypophyse : influence la polydipsie
Réduction des troubles par Rayons X, Cortancyl et Posthypophyse.
Dg : Diabète insipide.

OBS. N° 12

Mlle LIN... 17 ans en 1955
Apparition brutale d'un syndrome polyuro-polydipsique à 10-12 l (densité 1002) après un accident survenu à une voiture dans laquelle elle aurait dû se trouver ; elle venait d'échanger sa place avec sa meilleure amie.

Terrain psychologique favorable : mésentente familiale ancienne. Isolement psychologique : originaire de VIENNE (Isère) elle vit seule à LYON.

Examens : E.E.G. normal
 Test à la nicotine } insensibilité
 Test au ClNa }
 Test à la posthypophyse + ou - efficace
 Test A.D.H. bonne réponse

A cette époque la potomanie se révèle irréductible et s'élève même à 20 et 24 l. Cependant, au cours d'un séjour à VILLARD de LANS où elle s'est beaucoup plu, elle réduit spontanément la boisson. De plus, 1 cm³ de posthypophyse fait effet 4 jours. Le cortancyl ne donne rien.

Mais elle rechute dès son retour à LYON.

Des séances de psychothérapie sous Nembutal, entreprises lors d'un nouveau séjour dans le service, entraînent une récession des troubles.

Nouvelle rechute à la sortie.

Diagnostic : potomanie.

Cette malade s'est heureusement rendue à notre convocation et nous a fourni des renseignements cliniques fort intéressants : Mariée en 1960 à un industriel de 13 ans plus âgé qu'elle, son équilibre psychique s'est trouvé très amélioré. Elle a deux enfants et à chaque grossesse la potomanie a disparu pour réapparaître ensuite. Depuis 1963, elle ne se soigne plus à la post-hypophyse, a grossi de 10 kg, boit 7 à 8 l. par jour, ce qui la contraint à se lever 7 à 8 fois la nuit, soit pour boire soit pour uriner, mais ce fait ne semble pas l'importuner.

En fait polydipsie et polyurie varient selon ses humeurs. En vacances, elle dort la nuit entière, sans boire ni uriner.

Elle a toujours rêvé, surtout quand elle a soif.

OBS. N° 13

Mme CHO... 28 ans

Début brutal d'une PU-PD à 12 l. en 1951.

Elle s'était mariée en 1949. Mésentente relative et difficilement avouée. En 1952 et 1953, deux fausses-couches qui ne l'affectent pas particulièrement. Les débuts de grossesse s'étaient bien passés et s'étaient même accompagnés d'une diminution de la soif.

Terrain fruste.

E.E.G. normal

Réduction relative de la polyuro -polydipsie par la post-hypophyse. La malade est très agitée dès que l'on arrête la médication.

Dg : diabète insipide

OBS. N° 14

Mme FOR... 56 ans

A 54 ans néoplasme du sein droit. Intervention. Suites immédiates bonnes. Quatre mois après, emphysème bulleux en lâcher de ballons.

Un mois après cet incident, apparition de la soif.

PU-PD à 5 l.

Les examens radiologiques, oto-rhino-laryngologiques et ophtalmologiques ne font pas la preuve d'une métastase hypophysaire.

Les tests , Nicotine - , Posthypophyse + , sont en faveur d'une potomanie.

OBS. N° 15

Melle SIR... 27 ans

Début des troubles par une PU modérée. Rapidement la soif devient intolérable. PU-PD à 12 l. Ceci se passe lors de la préparation de son deuxième bachot. Elle a 19 ans.

Antécédents névropathiques. Convulsions dans l'enfance jusqu'à 7 ou 8 ans.

E.E.G. normal.

Epreuve de la soif mal tolérée.

Test à la posthypophyse : sans action

Dg : diabète insipide

OBS. N° 16

M. BOU... 33 ans

Sujet Nord-Africain ininterrogeable sans interprète. En France depuis 10 ans. Manoeuvre. Isolement psychologique.

En 1960, polydipsie sans polyphagie à 8-9 l. non éthylique.

3 jours après son entrée dans le service, la quantité de boisson ingérée tombe spontanément à 2 l. 5.

Les tests sont en faveur d'une potomanie.

OBS. N° 17

M. CUZ... 30 ans

Mère diabétique

Un premier accident de voiture en 1957 ne lui laisse aucune séquelle bien qu'il ait eu à souffrir d'un traumatisme thoracique et crânien.

En février 1959, un deuxième accident d'automobile lui occasionne une émotion intense, mais aucun traumatisme.

Début Juillet, soit 5 mois après, la polydipsie devient nocturne ; alors qu'ayant débuté en Mars (1 mois après l'émotion) elle s'était accrue progressivement.

Examens : E.E.G. normal

Hyperglycémie provoquée : normale

Il existe une discordance dans les tests, car on obtient une réduction de la soif avec le test au ClNa et une réduction insuffisante avec la nicotine. La posthypophyse a un effet positif. Les placebo sont sans effet.

Après l'installation du diabète insipide, le sommeil troublé auparavant se normalise et le malade voit disparaître son anxiété.

Dg : diabète insipide probable.

OBS. N° 18

M. DEM... 39 ans

Traumatisme crânien, coma, otorrhagie. Mais pas de troubles neuro-végétatifs ultérieurs. E.E.G. et artériographie sont normaux.

Confusion qui dure quelques jours.

Et c'est seulement un mois après le traumatisme qu'apparaît la polydipsie. Elle est très intense : 7 à 10 l. et impérieuse : le malade boit ses urines alors qu'il n'est plus confus.

Sujet Yougoslave ininterrogeable malheureusement.

OBS. N° 19

M. FRA... 35 ans

Engagé volontaire. Excellente santé, sauf paludisme en Indochine.

A son retour d'Indochine, succession de syndromes divers : fracture de jambe, ostéotomie sur cal vicieux, ulcère duodénal, rhinopharyngite, anurie de 3 jours (sans cause retenue), enfin température vespérale qui ne fait pas sa preuve. Dès que la température diminue, il commence à avoir soif.

Il s'était pourtant marié en rentrant d'Indochine.

C'est un obèse de toujours : poids habituel 120 Kg.

Troubles caractériels remontant à l'enfance.

Les tests à la nicotine, au ClNa, sont pathologiques.

Examens : tous normaux.

Dg : Diabète insipide.

OBS. N° 20

M. GAD....

Potomanie authentique chez un sujet à psychisme très fruste. Diurèse à 10 l. qu'il réduit de lui-même, dès qu'il entre dans le service, à 2 l. environ sans aucune thérapeutique.

Trois hospitalisations.

OBS. N° 21

M. MAI.....

Dans un contexte émotionnel, survenue d'une polyuro-polydipsie modérée à 5 l.

Bilan (FO, RX, O.R.L.) négatif.

Tests : Nicotine }
ClNa } réponse physiologique

Posthypophyse : réduit la polydipsie

Dg : potomanie

OBS. N° 22

M. PET... 40 ans en 1958

Après la maladie et la mort de sa femme, début brutal d'une polyuro-polydipsie à 10-12 l.

Bilan hypophysaire négatif.

Préfère garder sa maladie.

Dg : potomanie

OBS. N° 23

M. MAM... 17 ans en 1963

Dans un contexte d'obésité et d'énurésie (actuellement 103 Kg), apparition d'une polyuro-polydipsie modérée à 5 l., mais complétée d'une polyphagie notable. Le début de la polyurie-polydipsie coïncide avec des conflits familiaux et un échec au baccalauréat.

Refuse le traitement de l'obésité.

Revu en 1964 : après avoir accepté de soigner sa potomanie, sa diurèse était tombée à un taux presque normal : 2 à 3 l. Il prenait également Linyl ou Ponderal avec succès.

Mais depuis 6 mois, il traverse une crise de découragement et a repris du poids (104 Kg), car il mange beaucoup et, buvant plus de 4 l. de liquides divers par jour, il urine à nouveau la nuit (énurésie)

Son découragement est lié à des difficultés réelles qu'il supporte mal : son père ayant des ennuis financiers assez graves, il pense qu'il ne pourra pas entreprendre des études de médecine comme il en avait l'intention (il prépare le 2ème bachot). Mais il préfère macérer dans son marasme et refuse à nouveau les traitements.

OBS. N° 24

M. de P. 21 ans

A 15 ans température, céphalées qui ne font pas leur preuve. Pas de troubles oto-rhino-laryngologiques.

A la suite de cet incident, polydipsie à 6 l. Il boit 4 à 5 fois dans la nuit. Il supporte cet état de choses pendant un an avant de consulter. La posthypophyse réduit alors la diurèse.

Puis à 20 ans, l'annonce de sa réforme définitive élève la diurèse à 8 l. Obésité discrète.

Tests : Nicotine : pas de réponse

ClNa : sans influence sur la diurèse

Posthypophyse : entraîne une réduction de la diurèse à 3 l.

Neptal : ne donne pas de réduction.

"Importance des troubles psychiques" (Dr. GUINET)

Dg : potomanie

OBS. N° 25

M. GAI...

Convulsions dans l'enfance. Somnanbulisme. Troubles caractériels. Obésité. Adiposogénital jusqu'à 20 ans.

Potomanie à 12 l.

Puis apparition de sucre dans les urines liée à son obésité.

OBS. N° 26

M. MER... 41 ans

Après une coqueluche survenue à 12 ans apparaît la potomanie, jamais traitée et plus ou moins bien supportée jusqu'à l'âge de 35 ans (1950). Il buvait même de l'eau non potable, l'eau des ruisseaux.

Père et mère très gentils, dit-il, ses trois frères ou soeurs sont morts à 15 jours ou 3 semaines. On en parlait beaucoup chez lui.

Il travaille en usine depuis l'âge de 14 ans et n'a pas été réformé. D'ailleurs il en eut été très éprouvé.

Marié à une femme en bonne santé, ils ont eu 2 filles : la première est morte à 3 jours (il ignore de quoi), la deuxième a actuellement 19 ans : elle est "nerveuse".

De caractère scrupuleux, il ne va pas au café, ne boit que de l'eau, mais il faut qu'elle soit fraîche. Quantité : 4 l.

S'il n'a rien à boire, il devient anxieux et doit arrêter son travail.

Il s'est toujours refusé à l'hospitalisation, donc n'a pu être testé ; cependant il a consulté 5 fois et s'est rendu à notre convocation.

Dg : diabète insipide probablement induit.

OBS. N° 27

M. STE.... 36 ans

A la suite d'une arachnoïdite opto-chiasmatique en 1957, il reçoit un traitement cortisonique. A sa suite survient la polyuropolydipsie à 9 l.

Tests : Nicotine }
ClNa } ne donnent pas de réponse pathologique

Posthypophyse : réduit la diurèse

Donc il n'y a pas eu d'effet causal de la cortisone, la coïncidence était fortuite.

En 1958, la diurèse est ramenée à 11.5 avec 10 U de posthypophyse.

Le malade doit subir une intervention sur sinusite et le jour de l'opération (avant) la diurèse passe à 4 l. Retour à l'ordre avec 15 u de posthypophyse.

Ainsi, dans les deux cas, l'émotivité paraît être à l'origine du déclenchement de la soif.

Dg : potomanie

OBS. N° 28

M. VER... 23 ans

Vit avec ses parents.

Il était porteur d'un nodule thyroïdien, petit, non toxique, stable, depuis 5 ans, survenu à la suite de "contrariétés". Brusquement le nodule grossit tout en restant non toxique et apparaît une polyurie-polydipsie à 8 l.

Examens : métabolisme de base + 9

cholestérol 3 ‰

R X, F O, O.R.L., sont normaux

Tests : Nicotine }
ClNa } pas de réponse

Posthypophyse + (à forte dose)

Obésité. Nervosité +++

On peut alors penser à une potomanie ou à un diabète induit, d'autant plus qu'en 1957 la diurèse monte à 18 l.

Mais, par la suite, l'évolution se fera vers un CUSHING et un diabète sucré d'origine centrale.

OBS. N° 29

PRA.... Didier 8 ans en 1962

Aîné de 4 enfants, père gendarme

A.P. Méningite à pneumocoques à 8 mois et demi - sans séquelles. Rougeole.

Bonne santé jusqu'en 1962, date à laquelle son père est envoyé en Algérie. Alors qu'il était propre depuis l'âge de 3 ans, réapparaissent à cette époque des mictions nocturnes (énurésie) ainsi qu'une polydipsie concomitante (6 à 8 litres).

Hospitalisé un an après, il présente :

- une bonne tolérance à la restriction de boisson
- un test au ClNa neutre
- une diurèse sensible au Diurilix

Il sort avec 5 U de posthypophyse et une certaine polydipsie.

De retour chez lui, le traitement s'avère inefficace, mais cependant le Diurilix abaisse la diurèse et la soif nocturnes.

Nouveau séjour dans le service du Dr GUINET :

Tests : épreuve de la soif : pathologique

ClNa Pathologique

Chlorothiazide + mais incomplète

A.D.H. +

Hospitalisé en neuro-psychiatrie infantile, la diurèse et la soif varient au rythme des séances de psychothérapie et tombent à moins de 3 l.

Examens physique, neurologique, etc... sont normaux.

E.E.G. : rythme de base un peu lent. Entraînement à la lumière plus marqué à droite, semblant correspondre à une souffrance séquellaire cérébrale plus marquée à gauche (18-1-1964).

Tests de niveau : Q I = 87 (au B.S.R.)

Age mental = 7 ans 6 mois

Age mental aux épreuves graphiques :
8 ans 3 mois

Conclusion : diabète insipide induit probablement à partir d'une potomanie initiale.

ou diabète insipide vrai avec dépassement par potomanie surajoutée.

OBS. N° 30

M. JEA.... Lucien 30 ans en 1963
A.H. Mère en bonne santé, divorcée
Fils unique
A.P. angines, deux amygdalectomies
Services militaire normal au Maroc.

L'histoire actuelle remonte à 1 mois : le malade s'est mis à boire de plus en plus, puis fut obligé de se lever la nuit. La polydipsie atteint alors 15 litres.

Ce sujet nous raconte qu'il a commencé à boire à la suite de la découverte d'une "liaison" qu'aurait eu sa jeune femme à cette époque.

Ce traumatisme affectif doit son importance au fait qu'il a replacé notre malade dans une situation d'abandon, qu'il a déjà eu à connaître plusieurs fois dans sa vie : enfant de parents divorcés, il n'a jamais connu son père, il fut élevé par ses grands-parents maternels, qu'il dut encore quitter lorsque sa mère décida de le reprendre - il avait alors 14 ans à peu près.

Puis lorsqu'il eut 18 ans, sa mère vivant avec un ami, il sentit "qu'il n'y avait plus de place pour lui à la maison" et il devança l'appel du service militaire. A son retour, il eut envie de se créer un foyer et se maria avec l'une de ses petites amies. D'emblée, il y eut des difficultés entre eux : elle désirait avoir un enfant, lui n'en voulait pas, alléguant de fausses raisons financières. Il avait choisi une mère plutôt qu'une épouse et n'entendait pas la partager si vite.

A son entrée dans le service du Pr. GUINET, il se présentait ainsi :

Examen général : normal
Pas de sucre dans les urines
Baisse de la libido depuis deux mois
Aucun signe faisant penser à une atteinte d'encéphalique.

Les tests :

ClNa : entraîne une baisse de la diurèse, une élévation de l'osmolarité dans la demi-heure qui suit, densité inchangée.

Nicotine : résultats concordants avec ceux du test au ClNa (après 15')

Restriction de boisson : discrète augmentation de la densité et de l'osmolarité, diurèse non modifiée.

Posthypophyse : effet positif.

Le 19/6/1963 (Dr. MORNEX)

"Epreuve de soif pathologique sur 4 heures avec perte de 2 kg.

Réponse normale du tubule rénal à l'A.D.H.

Réponse physiologique des noyaux supra-optiques à la nicotine.

ClNa : l'épreuve poursuivie une heure est positive.

Le test au chlorothiazide entraîne une baisse de la soif et de la diurèse.

On élimine un diabète insipide vrai et l'on hésite entre une potomanie et une polydipsie primaire vraie".

Le malade est mis à 10 unités de posthypophyse puis aux placebos.

Reprise de la diurèse et de la soif.

Le malade sort avec 4 à 5 prises de posthypophyse nasales qui réduisent sa diurèse à 4 litres.

Le 17/9/1963 (Dr. GUINET)

"L'ensemble des données de laboratoire serait plutôt en faveur d'un diabète insipide induit par un trouble de la soif".

Le 15/10/1963 (Dr. GUINET)

"Le sujet revient ayant fait un traitement quotidien de

15 unités de posthypophyse retard qui maintenait sa diurèse à 3 litres.

Mais le dimanche, alors que la piqûre était faite comme d'habitude la veille à 18 heures 45, la soif apparaissait à 10 heures du matin, la diurèse remontait rapidement. Donc importance des facteurs psychiques en faveur de la position initiale : polydipsie primaire, polyurie induite."

Le 21/4/1964

Le malade a passé deux mois en maison de repos, sa diurèse se maintenant à 2 ou 3 litres avec 4 prises nasales de posthypophyse retard. "J'étais bien là-bas" nous dit-il.

Il reprend son travail en février 1964.

Actuellement instable dans ses besoins : soit peu d'impulsions à boire, soit soif irrépressible ; il boit alors deux litres d'un coup au robinet. En moyenne, il urine 4 à 5 litres par jour. Il est à nouveau anxieux, nerveux, irritable. Il dort mal, fait des cauchemars "je vis avec des monstres". Il doit se lever 4 à 5 fois la nuit.

Il insiste sur la nécessité de boire et même de manger froid, ne peut avaler des mets chauds.

Prise de poids modeste : 3 à 4 kg.

Apragmatisme sexuel relatif : 50 %

Par la suite amélioration et stabilisation de la polydipsie autour de 2 litres, après qu'on l'ait changé d'emploi : son état de pompiste lui plait beaucoup.

CHAPITRE II

ETUDE CLINIQUE DE CES BUVEURS D'APRES LES PRECEDENTES OBSERVATIONS

La clinique d'endocrinologie drainant à peu près tous les cas relevant de sa spécialité, puisque les malades lui sont adressés de divers hôpitaux ainsi que par des praticiens de la région lyonnaise, nous pouvons établir un portrait du buveur non éthylique et non psychotique à partir des observations que nous avons recueillies dans ce service, c'est à dire des 30 cas retenus.

SEXE

Il nous avait semblé que cette anomalie frappait plus volontiers les hommes. En réalité, nous avons dépouillé 29 dossiers de femmes et 26 d'hommes et retenu 15 femmes et 15 hommes.

AGE

A part deux enfants de 7 et 12 ans et quatre adultes âgés (63, 53, 51 et 64 ans), l'ensemble des cas se situe autour de 30 ans :

Enfants	: 2
Adolescents (17 à 21 ans)	: 4
Adultes jeunes	: 21
Adultes âgés	: 4
Ages limites	: 7 ans et 63 ans

TYPOLOGIE

Brévilignes, émotifs secondaires, à la limite de l'obésité, on voit dès l'abord leur intérêt pour la sphère orale.

FAMILLE

Nous n'avons pas assez de renseignements sur les ascendants pour nous faire une idée statistique des conditions de l'enfance de ces malades.

Par contre, on note un pourcentage élevé de célibataires chez les hommes : 7 sur 15 (moins 2 jeunes et 2 sans renseignements), soit 7 sur 11.

Chez les femmes, plusieurs sont divorcées ; 2 sur 15 plus une dont le ménage va très mal. A part 3 jeunes filles de 17, 18 et

28 ans, toutes sont mariées. L'une des deux adolescentes se mariera par la suite.

Nous n'avons pas beaucoup de renseignements précis sur leurs enfants, mais il ne semble pas qu'elles soient très "mères".

LE CONJOINT

Nous n'en connaissons que quelques uns, mais ils nous ont paru constituer de bons exemples de ce qui peut représenter un "modèle en creux" de la névrose de nos patients.

Les maris sont des hommes posés, gentils, et nettement plus âgés que leurs femmes. Ce ne sont pas des amants, mais des pères.

Mme BOU... nous dit explicitement que son mari la "gâte", qu'il la traite en petite fille. Elle a 63 ans, lui presque 80.

Mme TON... ne sait comment qualifier la gentillesse, la patience, le dévouement qu'il lui a témoigné toute sa vie. Il est également de 10 ans son aîné.

Melle LIN..., potomane à 17 ans, se marie ensuite à 22 ans avec un industriel de 35 ans. "C'est un homme sérieux et bon" dit-elle.

Notons tout de même que ces maris attendrissants et paternels n'empêchent pas leurs femmes d'être potomanes.

Les épouses des potomanes sont des personnes délurées, débrouillardes, actives.

"Elle s'occupe de tout à la maison", dit M. MER..., "moi, je ramène la paye" (il n'y a aucune acrimonie dans le ton de son propos).

M. JEA... avoue "ma femme, c'est une aguicheuse" et il précise sa pensée en ajoutant que, passés les premiers mois de mariage, les rapports sexuels n'intéresseront plus guère sa conjointe. Il faut dire qu'il s'est marié pour avoir un foyer et qu'il a commencé à boire du jour où il a découvert que sa femme avait une "liaison".

LE TRAVAIL

Nous avons été frappée par le fait que tous ces malades ont de petits métiers : employés, ouvriers. Pas de professions libérales, pas de commerçants, peu d'agriculteurs. Trois étudiants : tous trois au niveau des baccalauréats. Les deux jeunes filles ne pousseront pas plus

avant leurs études. Quant à M. MAM...., bien qu'il se plaigne que des conditions économiques risquent de l'empêcher d'entamer des études de médecine, nous avons l'impression qu'il se contentera facilement d'un avenir médiocre.

Leur passivité, leur manque d'initiative ne leur ont probablement pas permis de gravir l'échelle sociale. Ils manquent totalement d'ambition.

LES RELATIONS SOCIALES

Ces malades vivent surtout en famille. Bien que d'un abord assez facile et d'un tempérament sociable, ils n'ont pas tendance à sortir de chez eux pour se distraire. Les hommes ne fréquentent pas les cafés. Hommes et femmes ont peu d'amis, n'aiment pas aller danser et se tiennent à l'écart de la politique.

CARACTERE

Timide, souriant et affable, le potomane supporte facilement sa maladie et ne s'en cache pas. Il a de bons rapports sociaux. C'est un affectueux. Il ne se sent pas forcément anxieux, mais le devient dès qu'il est privé de boisson. Plusieurs se décrivent eux-mêmes comme scrupuleux et méticuleux (ils le sont tous). Leur sensibilité, leur émotivité conditionnent leur vie. Ils ne sont pas revendicateurs.

Il faut donc plutôt les classer dans les "oraux" en raison de leur dépendance, de leur passivité et de leur avidité. Ce caractère répond aussi de leur difficulté à surmonter la moindre frustration, à être facilement déçus et boudeurs. Associée à ce narcissisme et le prolongeant, notons déjà la composante urétrale avec honte et fierté juxtaposées, telle que l'a décrite ABRAHAM.

TROUBLES PSYCHIQUES ANTERIEURS à l'APPARITION de la SOIF

Nous relevons :

- 13 cas de névrose ancienne (n° 1, 2, 5, 6, 7, 10, 12, 13, 15, 19, 20, 23, 24)
- 1 cas de convulsions dans l'enfance (n° 15)
- 2 cas d'épilepsie (n° 8 et 10).

Les névroses sont de type d'échec ou d'angoisse. On ne trouve pas à proprement parler d'hystérique. Par contre les troubles "caractériels" sont mentionnés trois fois.

DEBUT des TROUBLES

1/ En dehors des 10 dossiers insuffisants et des 14 cas où la soif a succédé à une cause organique, on trouve notés à l'origine des troubles :

- ennui, contrariétés : 6 fois
- émotion précise : 7 fois
- accident d'automobile : 3 fois
- maladie ou intervention chirurgicale : 5 fois
- divorce : 1 fois
- mésentente conjugale : 2 fois
- isolement psychologique : 4 fois

plusieurs causes pouvant se superposer évidemment.

2/ Autre caractère du début, signalé par tous les patients : sa brusquerie. C'est en quelques jours, voire même du jour au lendemain qu'ils commencent à absorber 5, 8, 12 litres de boisson, ou plus.

3/ Pour certains malades, la soif apparaît pendant, ou au décours d'un épisode nettement psychiatrique. Nous en avons trouvé trois cas très précis :

Mme BOU... (Obs. N° 1)

A la mort de sa belle-mère, elle a "sombié", comme elle le dit elle-même, dans un état dépressif caractérisé par de l'asthénie, un abattement insurmontable, de l'angoisse, de l'insomnie, une sensation de "tête vide", mais sans idée délirante de type mélancolique cependant. Elle résume la situation en disant "elle me manquait, la vie n'avait plus de sens". L'état dépressif cesse brusquement, magiquement, du jour où elle a soif.

Melle VER... (Obs. N° 7)

Une anorexie mentale a précédé de peu le début de sa potomanie.

Melle LIN... (Obs. N° 12)

Elle décrit un épisode aigu débutant le soir de l'accident. "Le soir, j'étais comme folle ; je me sentais responsable de tout". A cette phase aiguë, avec agitation psycho-motrice, angoisse poignante, succède une période pendant laquelle la malade se plaint de mentisme obsédant, d'attente anxieuse, de sentiment de culpabilité. Elle interprète même les paroles rassurantes de son entourage : "on lui ment, son amie est morte, elle devait mourir à sa place". Elle pense même "tout ce qu'on me dit, c'est pour me faire comprendre que je suis responsable", etc...

C'est pendant la deuxième ou troisième nuit après l'accident qu'elle a envie de boire à plusieurs reprises pour la première fois. Par la suite, son état délirant s'amende et seul persiste le sentiment de culpabilité.

Remarquons que ces trois observations concernent des femmes. Nous n'avons pas trouvé de cas semblables chez les hommes.

LA BOISSON - LA SOIF - LA MICTION

Qu'ils aient reçu l'étiquette "potomanie", "diabète insipide" ou "polyuro-polydipsie", tous ces malades ont en commun la même soif, la même boisson, la même façon de vivre leur anomalie.

Pour caractériser leur soif, tous emploient les mêmes termes : subite dans sa survenue, tenace ensuite, dévorante, impérieuse. Nous citerons la description qu'en fait Mme BOU... (Obs. N° 1) "C'est un besoin de boire, pas vraiment la soif. C'est dans la bouche comme une brûlure, comme du poivre sur la langue". .

Que boivent-ils alors ?

Surtout de l'eau. Quelques-uns sont plus éclectiques et y ajoutent des sodas, du lait, mais tous précisent "Jamais d'alcool".

Dans l'observation n° 18, il est mentionné que le malade boit ses urines, et M. MER... (Obs. N° 26) nous dit "Je bois n'importe quoi à l'usine, même de l'eau sale".

Nous verrons plus loin que la nécessité n'est pas seule en jeu dans le déterminisme de ce comportement, mais qu'il est soutenu par des impératifs psychologiques. De plus, ils boivent si goulûment, si vite qu'ils ne sentent pas de goût. Plusieurs des patients interrogés ont insisté sur leur goût impérieux pour les boissons fraîches ou même glacées (alors qu'en général rien n'est moins désaltérant que la glace) et aucun d'eux n'absorbe de liquide chaud. Certains préfèrent les eaux gazeuses "qui gonflent plus".

Il nous a semblé intéressant de voir également comment ils boivent. Melle LIN... (Obs. N° 12) nous raconte "Je buvais directement au pot, au litre, sans prendre le temps de me verser un verre. Ça n'a pas de goût, ça calme la brûlure". Et M. JEA... (Obs. N° 30) "Je bois de l'eau froide au robinet, sans m'arrêter, jusqu'à ce que je perde le souffle, et parfois je recommence. Je dois boire comme ça 1 litre ou 2 d'un coup". Mme BOU... (Obs. N° 1) poursuit "Je bois 3 ou 4 verres de suite sans pouvoir résister jusqu'à ce que j'ai l'impression d'être gonflée, remplie. Après j'urine, et je recommence".

Au cours des heures d'activité ou pendant leur sommeil, ils boivent moins souvent, mais ils doivent absorber une grande quantité de liquide pour pouvoir entamer le travail ou s'endormir.

Enfin, tout ce liquide absorbé, il faut bien le rejeter. Là encore, tout n'est pas simple pour le potomane.

Curieusement, lorsqu'un (ou une) malade expose ses troubles, il parle abondamment de sa tendance à boire, souvent avec force

détails, mais ne mentionne pas l'autre aspect du problème ; et il faut l'interroger de façon précise pour qu'il évoque sa diurèse. Et pourtant tous semblent confortablement installés dans une névrose bipolaire, passant de "se faire nourrir" à "laisser pisser" et retour.

Or, nous avons été frappée par la différence de comportement des hommes et des femmes : chez celles-ci, aucune énurétique. Dans le service, elles ne présentent pas de comportement bizarre : elles boivent, elles urinent, sans histoires.

Par contre, l'attitude des hommes vis à vis de leurs mictions nous a paru très anormale, puis tout à fait essentielle.

Le petit Didier PRA... (Obs. N° 29) dit très explicitement qu'il a bu pour "faire pipi, pour se servir de son oiseau" et se montre satisfait de son énurésie. M. MAM... (Obs. N° 23), énurétique à 18 ans, et l'ayant toujours été, n'envisage pas que cela puisse changer un jour ; pourtant cela entraîne une hostilité marquée de la part de son entourage familial, surtout dans la fratrie. Il conclut ainsi "Je ne peux vivre hors de la famille à cause de ça" sur un ton de satisfaction qui dénonce sa parole et signifie "grâce à ça". Pour d'autres, tout se passe dans un rêve : "je ne me réveille même pas". Cependant, il leur faut boire quelque chose pour se rendormir !

Dans le service, il nous a été possible d'observer ces sujets alors qu'ils n'avaient pas conscience de notre présence : on connaît l'ambiance des salles communes et, chez les hommes, attitudes et propos tiennent plus de la chambrée que du salon littéraire. Il nous a donc paru étonnant que ces malades (et pas les autres) fassent quelques manières pour remplir leur bocal : souvent ils l'emportent très précautionneusement aux W.C. et urinent hors du regard des autres. Ni les autres malades hommes, ni les femmes n'ont cette "délicatesse" !

ADAPTATION A LA MALADIE

A l'observateur de bon sens, cette infirmité paraît devoir

constituer un lourd handicap. En fait, il n'en va pas ainsi, et nous allons voir que ces malades ont en face de leurs symptômes une apparente passivité qui cache une certaine satisfaction.

Ils viennent consulter généralement sous la pression de l'entourage familial ou médico-social. Peu d'entre eux acceptent de se faire hospitaliser, encore moins de revenir en consultation, même en cas de rechute.

Ils supportent fort longtemps leur maladie avant de consulter : le record étant détenu par M. MER... qui, potomane à 12 ans, ne songe à se faire examiner qu'à 35 ans. Il a d'ailleurs toujours refusé l'hospitalisation. C'est que lui, comme les autres malades de son espèce, vit et fait vivre son entourage dans le respect de son symptôme et aussi bien tout le monde doit-il s'y adapter.

Les femmes ne pouvant plus assurer le ménage, etc... , engagent des aides alors que cela n'entre pas dans leurs moyens financiers et les maris font des heures supplémentaires. L'une d'elles nous dit le plus sérieusement du monde "heureusement, mon mari a pris sa retraite, il me prépare mes boissons, n'est-ce pas, et il n'y suffisait plus" (Mme BOU... Obs. N° 1).

M. MAM..., énurétique, contraint sa mère déjà surchargée de travail à des lessives quotidiennes et ceux qui partagent sa chambre à des désagréments odorifiques.

Les hommes adaptent leur emploi à leur "manie" ainsi qu'ils qualifient eux-mêmes quelquefois leur maladie : à l'usine, ils demandent un poste situé à la fois près d'un robinet d'eau et d'un W.C., quelle qu'en soit la rémunération évidemment. M. JEA..., ouvrier OP3 chez Berliet, demande une mutation d'emploi et se retrouve, satisfait, à un poste de pompiste. La réalité dépasse ici la fiction !

De même, toutes les sphères de la vie sont affectées de ce poids : on ne partage plus le lit du conjoint. D'ailleurs nos malades

sont souvent frigides ou désintéressés de la vie sexuelle. On ne peut plus sortir : amitiés et relations sociales s'estompent. Peu à peu patients et familles vivent repliés sur eux-mêmes.

Pour Melle LIN..., la géographie elle aussi était modifiée : ses trajets dans la ville de Lyon ne s'organisaient plus en fonction de leur rapidité ou de leur agrément, mais selon la répartition des possibilités de boire et d'uriner. Ses chemins étaient jalonnés de cafés, de maisons amies et de lavabos publics.

A l'exposé de ces faits, on pense "quel martyre". En réalité, le potomane affecte l'indifférence ou la résignation. S'il tient beaucoup plus à sa maladie qu'il ne veut bien le dire, nous verrons plus loin qu'il a de bonnes raisons d'agir ainsi. En tous cas, on voit pointer l'agressivité vis à vis des autres, sous son aspect bonhomme.

EVOLUTION

Pour les malades ayant présenté une cause organique précise à l'origine de la polyuro - polydipsie, on peut noter qu'ils s'installent dans un statu quo, coupé de rechutes, et qu'ils se font assez volontiers rehospitaliser.

Pour les autres, il en va tout autrement : il y a très peu de guérisons. Mais il suffit quelquefois de la sécurisation par l'hospitalisation pour effacer définitivement leurs troubles (obs. n° 6, 10, 16).

Quelques-uns avouent carrément préférer conserver leur maladie (obs. n° 22, 23, 26, 30).

La plupart rechutent, ou se contentent d'une réduction médiocre, et, nous l'avons déjà vu, refusent de consulter à nouveau.

Enfin, il faut mentionner l'évolution intéressante de deux malades guéris et de trois autres stabilisés dans la boulimie et l'obésité (obs. N° 1, 12, 23, 25 et 30).

CHAPITRE III

LA SOIF DANS LA STRUCTURE DU POTOMANE

"Le symptôme serait le signe d'une pulsion inassouvie et le substitut de sa satisfaction adéquate". Ainsi parlait FREUD dans "Inhibition, Symptôme, Angoisse".

Pour les malades polyuro-polydipsiques chez qui nous ne retrouvons pas de détermination somatique au départ, nous avons tenté d'établir une structure psychique selon la pensée psychanalytique, qui à nos yeux rend compte du symptôme.

Nous avons vu qu'en clinique psychiatrique ces malades entrent dans le cadre des "déséquilibrés" ou des "caractériels", ou bien se présentent comme apparemment normaux.

Le fait qu'ils aient opéré une conversion somatique et l'aspect de rituel que prend l'essentiel de leur activité (boisson-miction) nous ont conduite tout d'abord à étudier dans quelle mesure leur structure a quelque chose à voir avec celle de l'hystérique ou de l'obsessionnel (ces deux dernières étant pourtant parfaitement opposées).

Certes, l'aspect phénoménologique du vécu de ces malades peut en imposer pour une hystérie de conversion. Nous retenons la remarquable étude qu'a faite Henri EY de la structure du phénomène hystérique : réalisation de l'Image (dans le sens que lui donne JANET) qui fascine la conscience au point d'en exclure toute autre représentation de la névrose ; - détachement apparent du Moi par rapport à cette inclusion hétérogène qu'est le symptôme ; - finalité inconsciente comme en témoigne l'absence d'anxiété.

Il est vrai aussi que les potomanes présentent cette psycho-plasticité décrite par JANET en rapport avec "une structure de morcellement, sorte d'organisation en mosaïque de l'existence, de sa conscience".

Nous leur trouvons bien certains traits de caractère hystériques : dépendance, passivité, égocentrisme, hyperémotivité, isolement psychologique, enfin accumulation d'échecs.

Mais il leur manque deux des caractères essentiels de l'hystérie, à savoir : le théâtralisme et la suggestibilité. Ils se servent de l'image différemment : manquant d'imagination, ils ne "rêvent pas leur vie".

C'est surtout dans la façon dont se structure la psycho-névrose qu'apparaît la différence entre hystérie de conversion et symptôme de conversion, tel que nous le voyons ici, sans support hystérique : nous verrons plus loin que le MOI du potomane se défend non par refoulement comme chez l'hystérique, mais par régression, isolation, introversion. De plus, dans l'hystérie, on assiste à la lutte entre les instances du MOI et du CA, alors même que le SURMOI interdit au nom du principe de réalité la satisfaction des pulsions. Le MOI et le SURMOI s'allient contre le CA, par soumission du MOI au SURMOI.

Chez les potomanes, que se passe-t-il à ce sujet ?

Il suffit de les regarder vivre pour constater que leur SURMOI n'est guère tracassant : il est vrai qu'ils se sentent coupables de boire (l'insistance qu'ils mettent à préciser qu'il ne s'agit pas d'alcool en témoigne), mais par contre ils ne témoignent d'aucune culpabilité concernant leurs nombreuses mictions (qui "vont de soi"). Ils ne sont absolument pas exhibitionnistes ainsi que nous l'avons dit plus haut, ils auraient plutôt tendance au voyeurisme primaire : se voir souvent, constater grâce à la présence et au "bon fonctionnement" du pénis que l'intégrité corporelle n'est pas atteinte. L'absence de culpabilité dans ce secteur, la tendance à réaliser le phantasme évoquent la perversion, où le SURMOI, sans faire totalement défaut, n'est guère exigeant, et où le MOI se défend seul contre les pulsions inacceptables du CA. Le MOI social et éthique de nos patients manque de fermeté : leur attitude vis à vis de leur entourage en témoigne. Nous avons pu constater égale-

ment que chez tous les sujets que nous avons interviewés, il n'y avait pas eu, dans leur enfance, la possibilité d'établir les identifications parentales nécessaires à leur élaboration en général et à celle d'un SURMOI solide en particulier. La LOI n'y est jamais représentée par le père : enfant de parents divorcés vivant avec la mère (pour M. JEA... Obs. N° 30) ; ou bien mère omnipotente et père "triste et renfermé, solitaire" pour Mme BOU... Nous pourrions les citer presque tous. Nous ajouterons encore cette conjoncture familiale particulièrement traumatisante : les parents de Melle LIN... désiraient un garçon lorsqu'elle naquit ; son père l'a toujours traitée comme si elle en eut été réellement un, sa mère ne lui a jamais pardonné de l'avoir frustrée de l'objet de son désir et lui a constamment témoigné du mépris en raison de son "infirmité" (remarquons que c'est la constellation habituelle de l'hystérique).

Ce trait caractéristique - faiblesse du SURMOI - ainsi que l'aspect "en mosaïque" que nous avons relevé écartent formellement la possibilité d'une structuration de type obsessionnel. Il faudra donc chercher ailleurs l'explication de leur activité pseudo-rituelle.

Le caractère de ces malades comporte cependant quelques traits de type "anal" qui témoignent des avatars de l'Oedipe et conséquemment de leur fixation, très partielle d'ailleurs, au stade anal. Ce sont : la méticulosité associée à un esprit brouillon, un certain manque de générosité alors qu'ils ont un aspect de "bon gros", une agressivité mal dissimulée mais qui est vécue comme telle et, de ce fait, n'entraîne pas de culpabilité.

Essayons de voir maintenant comment ces gens ont pu être amenés à s'aliéner dans cet aller-retour perpétuel : boire-uriner. Et par là, expliciter leur structure : l'autonomisation n'a jamais été atteinte du fait des fixations excessives au stade oral surtout, et anal, comme en témoignent certains traits de leur caractère. A l'occasion d'une émotion, déclanchée par un accident, une maladie, une intervention chirurgicale ou un traumatisme sentimental, la brutale prise

de conscience du danger vital s'accompagne de panique et détermine l'individu peu armé à régresser à des positions de sécurité. Deux démarches sont possibles : soit la soif s'installe rapidement après une courte période de troubles mentaux proches de la "bouffée délirante" ; soit, en l'absence de phase aiguë, la soif n'apparaît que quelques semaines après le traumatisme signifiant, temps nécessaire à la découverte de la meilleure "béquille".

Ainsi se constitue un équilibre vulnérable à l'intérieur même d'un déséquilibre apparent.

Pour avancer dans la compréhension des mécanismes de mise en jeu du symptôme, nous envisagerons leur élaboration dans chaque sexe successivement.

Il est visible chez les hommes que la fonction phallique n'a jamais pu être symbolisée et qu'elle est restée cantonnée dans l'imaginaire. Citons quelques faits cliniques : le petit PRA... voulant prendre la place de Papa désire uriner abondamment (il n'a que 7 ans). L'énurésie des adolescents de 18 ans est encore plus éloquente. Quant à M. JEA... il guérit presque du jour où son employeur a l'idée involontairement géniale de lui confier un phallus géant à manier en toute honnêteté, en le faisant pompiste ; il faut en rapprocher les ambitions de Didier PRA... qui, lui, veut être pompier. L'espèce de cérémonial dont nos malades entourent leurs mictions, leur complicité vis à vis d'elles montrent bien que cet érotisme urétral sert de substitut à une activité génitale "normale", dont ils avouent volontiers que, dans les meilleurs cas, elle ne leur a apporté que de médiocres satisfactions. Mais la mauvaise relation d'objet persiste néanmoins.

Que l'on considère, selon l'opinion de NACHT, DIATKINE et FAVREAU, qu'il s'est agi d'un essai d'érotisation d'une défense du MOI ou, comme le pense LACAN, d'une tentative de dé-subjectivation qui situerait son désir hors du sujet (et cela implique la confrontation antérieure avec l'Oedipe), de toutes façons la sanction de ces démarches est un échec.

Le SURMOI ne s'est pas opposé à la satisfaction sur un mode pré-oedipien des pulsions libidinales mais, du fait du déplacement et malgré lui, le désir du sujet ne se trouve pas satisfait.

Cet échec induit la régression, qui se fera au stade oral grâce à l'importance de la persistance d'érotisation des zones orales et digestives, constatables cliniquement du reste (succion tardive ou actuelle du pouce par exemple). L'objet du désir du sujet n'ayant pas été atteint, les pulsions, par un nouveau déplacement, dévieront vers d'autres objets plus primitifs, non en raison d'un refoulement par un SURMOI interdicteur ou d'un MOI défensif, mais en raison de leur incapacité à provoquer la jouissance de l'Etre. Par des satisfactions orales, le nourrisson réussit à chasser l'angoisse (due par exemple à l'émergence de pulsions sadiques envers des objets aimés) et à refouler ses pulsions, ressenties comme dangereuses. Le potomane tente d'en faire autant.

La tendance à vouloir s'unir aux objets, à les incorporer, qui caractérise cette phase trouve sa traduction clinique chez nos malades, surtout chez les femmes comme nous le verrons plus loin ; c'est à ce narcissisme primaire que le buveur va tenter d'échapper cependant.

Si l'avidité répond au besoin d'incorporer, c'est pour déjouer l'angoisse de morcellement, en projetant l'incomplétude du MOI sur la corporéité. Or le support symbolique et imaginaire majeur de l'intégrité corporelle chez l'homme est bien le pénis. Et il y a à ce niveau confusion des fonctions (éjaculation - miction).

La satisfaction provisoire orale donnée à ses pulsions ne le "comblant" pas non plus, il se tourne à nouveau vers cet autre témoin de son intégrité et boucle le circuit, cercle vicieux (justement) où l'enferme sa névrose.

Tout ce qu'il boit est utilisé pour la satisfaction uréthrale : il ne vomit rien, ne transpire pas plus qu'il est normal de

le faire, comme en témoigne l'égalité des volumes absorbés et ceux rejetés sous forme d'urine. On s'explique que, dans sa gloutonnerie, il ait éliminé les solides au profit des liquides.

Les potomanes ont-ils vraiment une structure perverse ?

Plusieurs éléments d'information nous ont grandement fait défaut.

En premier lieu, l'extrême réticence des patients en ce qui concerne "la chose sexuelle" (et cette reification est assez symbolique) restreignait les informations et, n'ayant pas eu à "suivre" ces malades, nous ne nous sentions pas autorisée à forcer leurs résistances.

Ensuite, nous avons beaucoup regretté de ne pas posséder de plus amples renseignements sur leurs ascendants, ce qui nous aurait permis d'avoir une idée plus sûre de leur structure. En effet, chez le vrai pervers, la castration symbolique (dépendant du père) et la castration imaginaire (dépendant de la mère) ne vont pas dans le même sens, soutenues qu'elles sont par les désirs parentaux, eux-mêmes divergents.

Ce qui nous fait discuter la perversion constituée est le fait qu'ils fassent retour à la névrose très régulièrement, alors que le pervers cherche toujours la satisfaction dans un même registre. De plus perversion implique SURMOI. Or, ce que nous avons nommé SURMOI, pour simplifier les choses, nous paraît être plutôt un MOI-IDEAL. D'ailleurs, le SURMOI n'est-il pas selon FREUD "l'héritier du complexe d'Oedipe" ? Or, nos buveurs ont justement buté à ce niveau. Par contre, la tentative de promouvoir un phallus inexistant est bien typique du pervers : le pénis devient lui-même fétiche en quelque sorte.

Il nous semble donc préférable de dire que le sujet polyuro-polydipsique masculin présente des "ilôts pervers", selon un terme de F. PERRIER, au sein d'une névrose qu'il parvient ainsi à équilibrer.

Nous envisagerons maintenant le cas des sujets polyuro-polydipsiques de sexe féminin.

Leurs dires sont très explicites quant au but apparent envisagé : elles boivent pour "se remplir". Mme BOU... "Je bois trois ou quatre verres de suite sans pouvoir résister, jusqu'à ce que j'ai l'impression d'être gonflée, remplie. Après j'urine et je recommence". Melle LIN..., que le mariage n'avait pas guérie, fut très surprise de constater que sa soif disparaissait alors qu'elle était enceinte de quelques mois. Mais le besoin de boire réapparut dès son retour de couches, quoique plus modeste dans ses exigences. Il en fut de même pour sa grossesse suivante. Actuellement sa potomanie s'est stabilisée, elle boit et rejette 2 à 4 litres de liquide par jour, cette quantité étant nettement influencée par les contrariétés, surtout si elles sont d'ordre affectif. Nous avons retrouvé un cas semblable dans la littérature, cité par P.C. RACAMIER : une malade de RICHARDSON a cessé d'être obèse après une grossesse.

Nos patientes n'envisagent pas de satisfaire leur "besoin" par des aliments solides. Elles évoquent toutes la sensation de "brûlure" ressentie dans la gorge et qui demande à être éteinte sur le champ. De cette sensation douloureuse orale, les hommes ne font jamais mention.

Ici aussi il y a confusion des fonctions au niveau du support symbolique qu'est le ventre chez la femme : le ballonnement satisfaisant et rassurant prend la place non seulement d'un phantasme de grossesse, mais aussi, et avant ce premier déplacement, d'un désir de capture et d'incorporation pénienne. La sensation de dépletion étant insupportable, le besoin de boire s'impose sans cesse. Il n'est pas question pour ces malades de satisfaction uréthrale, elles n'en sont même pas là. Elles n'ont pas dépassé le stade pré-oedipien de "l'envie de pénis" secondaire à la castration imaginaire, et ceci les rapproche des hystériques. Nous laissons pour l'instant de côté la question de la "brûlure" évoquée par nos patientes, nous y reviendrons dans la dernière partie de notre travail.

Pour conclure, nous pouvons dire que les potomanes se sont structurés sur un mode névrotique pré-oedipien ; mais du fait des différentes significations, selon le sexe, de la notion de pénis au moment de la castration imaginaire, les femmes élaboreront des tendances hystériques et les hommes des tendances perverses pour faire face à une situation anxiogène. La pulsion orale, à qui ils donnent satisfaction pour apaiser l'angoisse intolérable, n'est elle-même que le signifiant d'un premier tour de passe-passe réussi, lors d'une première souffrance de leur être.

C'est l'étude de cette blessure initiale que nous aborderons à la fin de cette thèse.

Q u a t r i e m e p a r t i e

R e v e s , d e s i r e t e a u .

L'oeuvre de FREUD "La science des rêves" est bâtie sur l'idée princeps que "le rêve est la réalisation (déguisée) d'un désir (réprimé, refoulé)" ou plutôt, comme cet auteur le corrigera plus tard, "la tentative de réalisation d'un désir".

Nous avons orienté l'étude des rêves de nos patients dans deux directions différentes : d'une part, analyse du contenu latent à la recherche de désirs refoulés anciens resurgissants en même temps que leur soif, d'autre part, prospection d'une source somatique de ces productions oniriques : la déshydratation.

L'un de nos malades, peu capable de rapporter ses rêves, s'exprime par contre fort bien graphiquement ; aussi avons-nous assimilé ses dessins au matériel symbolique qui nous était offert.

- I -

Nous abordons ici le premier volet de ce travail. Tous les potomanes que nous avons interviewés nous ont raconté qu'ils font des rêves "absurdes" et "descauchemars"..Mais la plupart du temps, ils prennent un air gêné lorsqu'on leur demande de relater l'un de ces rêves, détournent la conversation ou déclarent avoir oublié les détails et ne se souvenir que d'un climat, d'une ambiance.

Cependant, M. JEA... nous précise "je vis avec des monstres".

Melle LIN... déclare "j'ai toujours rêvé de bagarres : autrefois, j'étais victime ; actuellement je me bagarre toujours mais j'ai le dessus".

Dans son "Esquisse d'une théorie du cauchemar" FREUD dit en particulier : "Le cauchemar appartient à la psychologie des névroses. J'ajouterais volontiers : l'angoisse dans le rêve pose le problème de l'angoisse et non le problème du rêve. Cependant, puisque j'ai affirmé

que l'angoisse névropathique avait une origine sexuelle, je voudrais encore analyser quelques cauchemars pour montrer les éléments sexuels qu'ils renferment".

La libido refoulée entraîne l'apparition de l'angoisse ; en particulier les masturbations interdites dans le passé donnent à l'angoisse du rêve la forme des châtiments encourus autrefois.

Quant à l'absurdité de certains rêves, elle n'affecte que leur contenu manifeste, leur contenu latent évoquant généralement le "père mort". La disparition souhaitée de l'autorité parentale lèverait les interdits sexuels, mais la censure névrotique intervient en rendant ce désir de mort du père ininterprétable grâce au travestissement absurde.

Ainsi les pulsions libidinales insatisfaites et refoulées par la névrose à l'état de veille réussissent à s'exprimer dans le rêve malgré la censure.

En effet les monstres dont parle notre malade sont classiquement symboliques d'excitation sexuelle et les bagarres évoquent le coït ; du reste Mme X (ex-Mlle LIN.) n'a "le dessus" que depuis son mariage.

Une autre forme d'expression symbolique nous montre comment nos patients potomanes tentent un déplacement salutaire de leurs pulsions libidinales sur le plaisir uréthral :

M. MAM... fait deux sortes de rêves ; certains jours, il a des rêves érotiques qui entraînent une éjaculation dont il a conscience et qui le réveille ; d'autres fois, il rêve "qu'il y a le feu à la maison" et il urine dans son lit, sans en avoir conscience dit-il. Cependant, il reconnaît qu'il se lève peu après pour boire.

Interprétation : Le feu à la maison, transposition expurgée de "avoir le feu au cul" met en évidence une distorsion identique dans la figuration du désir et dans la satisfaction que le

rêveur lui accorde. Notons aussi la concomitance du feu et de la soif.

M. LEN... est certes un schizophrène, mais son comportement et sa soif ont changé d'aspect au fur et à mesure qu'il se structurait tant soit peu ; c'est ainsi que ses "éclats" se raréfiaient et que sa soif adoptait plutôt une forme potomaniaque.

A cette époque, il fit deux dessins qui nous ont paru intéressants.

L'un représente "un pot d'eau", il tient toute la page, il est colorié avec beaucoup de soin.. et d'art. Or, dans le même temps, une femme de ménage trouva une bouteille pleine d'urine dans sa chambre ; activité inédite jusque-là pour notre malade.

Deux semaines après, il fit l'autre dessin "un drapeau de pirate", avec le commentaire suivant, : "je suis un pirate, je bats tout le monde parce qu'on me bat ; papa est un pirate parce qu'il me bat".

Interprétation : A ses préoccupations orales d'eau et de soif correspondait le plaisir d'introduire sa verge dans le col d'une bouteille et de se soulager dedans. Mais il est sans illusions sur cette satisfaction ; il se représente par une tête de mort, sentant qu'il n'est qu'un "pis raté" que son père a battu, et que son phallus est mort. Il l'a du reste croisé sur le dessin avec celui de son père, qui ne vaut pas plus cher, "pis raté" lui aussi. Mais pour qui connaît la mère, il n'est pas étonnant qu'elle ait "piraté" tous les phallus de la famille.

Nous voyons que les potomanes ne rêvent pas qu'ils boivent, comme on pourrait s'y attendre.

Leur désir est ailleurs. Leur désir est autre.

Il s'agit de pulsions génitales qui n'ont pu trouver naturellement leur satisfaction dans le vécu de ces malades, et la forme de leurs rêves trahit le refoulement et le déplacement que la névrose leur a imposés.

Nous avons vu dans l'étude clinique que nous en avons faite, que les psychotiques régressent d'emblée à des stades très archaïques de leur maturation, dépourvus qu'ils sont de cette plate-forme défensive qu'est la névrose. L'analyse de leurs rêves montre également qu'ils seraient au plus près leur problème fondamental.

Rêve de Melle FER... lors de son retour à la clinique, au cours d'une rechute : "J'étais dans ma chambre à la Régie (bâtiment-dortoir distinct du château), il y avait le feu au château ; des monitrices venaient me chercher et voulaient m'emmener à l'abri ; mais il fallait traverser le brasier et je ne voulais pas y passer".

Interprétation : Son statut psychique actuel bien que "régé" (c'est à dire soumis au désir de l'AUTRE) et menacé (par le feu autrement dit par la sexualité) lui semble encore préférable à la situation qu'on lui propose, à savoir le "qui perd gagne" de la castration (il faut traverser le brasier pour être en sécurité) (y passer = mourir). Cette situation dans le rêve correspond aussi à ses rapports d'alors avec son analyste : elle recule devant la situation amoureuse de transfert, de même qu'elle avait suspendu ses séances d'analyse les semaines précédentes. Ce sont des monitrices qui essaient de l'entraîner dans le feu : de par leurs fonctions, ces personnages jouent à la clinique le rôle de substituts maternels. Elle lutte contre ces personnages ambivalents, à la fois protecteurs et persécuteurs.

Autre rêve de Melle FER... quelques jours après le précédent, pendant la période "de récupération" qui suivit la phase proprement délirante : "J'attrapais un très gros poisson avec une petite ligne, mais ce n'était pas une truite comme celle qu'a attrapé mon frère cet été, c'était un cabEAU. Je continuais à pêcher et vraiment je faisais une pêche fructueuse. On me disait de mettre les poissons dans des récipients pleins d'eau en attendant de les faire cuire, pour qu'ils souffrent moins, mais je ne voulais pas car je pensais qu'ils souffriraient davantage en les mettant vivants dans la poêle. Ensuite j'avais mission de garder les enfants d'une voisine ; ils étaient très nombreux. Pendant ce temps la voisine allait discourir avec ma mère chez nous. J'avais l'intention d'amener les enfants au bord de la mer, puis je changeais d'idée

car je voyais qu'ils étaient bien occupés à s'amuser dans une maison. Entre temps j'allais dans la rue commerçante regarder les vitrines. Le soir venait et je disais à la maman des enfants que je ne les avais pas conduits au bord de la mer ; elle était furieuse et me grondait, car elle disait que cela leur aurait fait le plus grand bien, qu'elle ne comprenait pas qu'on rentre si tard, qu'elle l'aurait compris si on était allé au bord de la mer. Elle demandait pourquoi on n'y était pas allé et je ne savais pas lui dire pourquoi".

Interprétation : Ce rêve est fait de deux parties associées :

La première partie montre le désir de Michèle en ce qui concerne la poursuite de son analyse : malgré sa fragilité (sa ligne est petite) elle attrape beaucoup d'idées (poissons). Mais cependant à la place de sa féminité (truite) elle tire au début de sa pêche un "cabeau" (cabot est le nom d'un poisson appelé aussi perche-soleil ; l'image est jolie. Le chien - cabot - symbolise la femme castratrice de même que la perche-soleil associe femme et virilité ; de plus notre malade repousse une deuxième fois l'idée de la femme castratrice en dysorthographiant cabot).

Le transvasement figure l'analyse : on lui conseille de se faire analyser, mais elle refuse, elle préfère mourir (la mort de ses idées-poissons) que de "passer à la poêle".

Associée à cette "friture" suit la deuxième partie du rêve qui a trait à la mère.

La voisine, c'est cette part d'elle-même qui ne veut pas évoluer : elle a beaucoup d'enfants (situations névrotiques infantiles) et elle reste auprès de sa mère. Mais son désir inconscient est de promouvoir sa génitalité, elle abandonne les enfants chez le psychanalyste au lieu de les emmener auprès de la mer-mère, elle s'attarde devant les boutiques (génitalité) ; il fait à nouveau sombre quand elle retrouve la mère ; celle-ci est furieuse, elle gronde (elle demande des comptes, le monde s'assombrit et redevient angoissant). Hélas la pulsion libidinale est si bien forclosée que "je ne savais pas lui dire pourquoi (pour quoi, pour quel autre but, j'avais abandonné le projet de retourner près de ma mère). Ici la mère est directement mise en cause dans la castration du sujet désirant.

Notre malade, M. GIS..., faisait souvent des rêves dans lesquels un individu qui le persécutait prenait l'aspect d'un autre pensionnaire de la clinique nommé SELIG ; celui-ci n'avait pourtant rien dans sa physionomie ou dans son comportement qui justifie à l'évidence un tel rapprochement. Par ailleurs, M. GIS... épris de volonté de puissance, d'idéal S.S., possédait une bonne connaissance de la langue allemande.

Un jour il fit un rêve en allemand dans lequel apparaissait son persécuteur habituel mais portant son nom prononcé à l'allemande, ce qui donnait phonétiquement "zelig", autrement dit en allemand "See-lieg" (see signifie lac, mer, donc mère ; et liegen veut dire être couché, gésir, se tenir). Cette nuit-là, notre patient avait pu nommer son persécuteur en la personne de sa mère.

Ces trois rêves nous ont été rapportés par des schizophrènes. Ainsi que dans d'autres rêves que nous ne donnons pas ici parce qu'ils sont moins complets, nous y trouvons rassemblés les thèmes que nous avons déjà mis en évidence dans les délires, à savoir le sentiment de persécution allié au feu ; de plus ici la persécution est directement en rapport avec la mère et instiguée par elle (le feu est symbolique à la fois de pulsion sexuelle et de destruction).

Un dessin de M. LEN... met également en évidence cette relation inconsciente (soif-feu-mère-persécution) ; il l'a appelé "poêle-chaudière". Ce titre évoque la poêle à frire du rêve de Melle FER... Au centre du dessin on voit une forme phallique et deux énormes boutons noirs, représentant des organes génitaux masculins ; autrement dit, la virilité de notre patient brûle dans la "poêle-chaudière". Or le feu y est bleu, couleur de la mère et de plus l'idée de combustible symbolise classiquement le lait.

Son autre dessin "le village", quoique moins évident, a aussi le même sens : l'hôtel bleu et rose est symbole maternel : la maison du garde-champêtre, rose et orange, est symbole paternel (la Loi) ; la couleur rose situe le problème dans la petite enfance ; enfin il y a le pot d'eau "pour donner de l'eau dans les maisons" : le pot est dessiné en

noir, l'eau est rouge-orange, couleur du feu.

Dans sa conférence "Du meurtre primitif ou celui qui ne veut pas mourir (comme ça)" le docteur KAMOUH avait rapporté un rêve dont la similitude avec ce dessin est frappante : "J'étais dans une pièce, il y avait beaucoup de monde, j'avais soif, Maman passait avec un plateau de bouteilles, j'en prenais une. Mais au lieu qu'elle soit remplie d'eau et puisse satisfaire ma soif, elle était pleine de feu".

On peut encore rapprocher de ces données symboliques une réponse de M. SEL... au Rorschach où le symbole "feu" était attaché à la planche maternelle.

Ainsi le langage symbolique utilisé par nos patients dans leurs rêves ou leurs autres productions imaginaires révèle l'objet caché de leur angoisse : leur libido mutilée, précise le travestissement oral de la pulsion insatisfaite et dénonce la mère comme premier persécuteur.

- II -

Nous étudierons maintenant le deuxième aspect de la production onirique : le degré de déshydratation dont elle peut témoigner et dont elle dépend peut-être.

Cherchant à établir sa théorie du rêve, FREUD fut très intéressé par l'aspect neuro-biologique de la fonction onirique, ainsi que beaucoup d'autres auteurs avant lui, puisque déjà ARISTOTE en avait parlé.

Par ses seules observations cliniques, FREUD est parvenu à tirer des conclusions qui sont maintenant confirmées par des expérimentations neuro-physiologiques utilisant la stéréotaxie, le conditionnement et les enregistrements électro-encéphalo-graphiques et oscillographiques.

Cinquante ans avant la découverte de l'existence de la substance réticulée et de ses fonctions, il pressentit un système de filtration des stimuli, le rôle du sommeil dans l'émergence au niveau conscient des sensations coenesthésiques et la relation rêve-réveil.

Il fait si grand cas de l'importance des stimuli somatiques qu'il écrit : "ces sensations prendront de l'importance dans le rêve parce qu'elles sont actuelles ; elles s'uniront à la réserve psychique actuelle pour constituer le matériel nécessaire à l'organisation du rêve... Dans le cas où cette fusion s'opère, c'est qu'il s'est trouvé un fond d'images pour le contenu du rêve, pouvant représenter à la fois les deux espèces de sources, psychique et somatique".

Nous avons questionné de façon très précise tous les malades vus à la clinique endocrinologique. Tous étaient formels : depuis toujours ils étaient enclins à rêver ; mais ensuite ils ont rêvé beaucoup plus lors de l'installation de leur potomanie et au cours de leurs rechutes ; enfin ils rêvent bien moins souvent dans les périodes où leur polyuro-polydipsie diminue.

De même les descriptions classiques des syndromes psychotiques mentionnent les signes de déshydratation dans le syndrome organique d'accompagnement.

Donc, de quelque façon que l'on conçoive la mise en oeuvre du phénomène, il y a incontestablement un rapport entre l'état de déshydratation d'un individu et sa production onirique.

Deux hypothèses sont à envisager :

il se peut que l'état d'urgence somatique soit ressenti et transmis de la périphérie au cortex ; à l'état de veille le sujet a conscience de ce malaise diffus, imprécis et de type coenesthésique ; pendant le sommeil ces stimuli favorisent l'utilisation des résidus psychiques.

mais on peut penser également que les seules variations de l'hydratation des cellules cérébrales suffisent à modifier la production onirique.

C'est ce qu'a pu démontrer M. JOUVET par des expérimentations sur le chat. Nous donnerons plus loin le protocole de cette étude car son auteur ne l'a pas encore publiée.

Mais auparavant, nous rappellerons quelques données essentielles neuro-physiologiques et électro-encéphalo-graphiques nécessaires à la compréhension de ces expériences.

De nombreux auteurs neuro-physiologues avaient pratiqué des enregistrements électro-encéphalographiques au cours du sommeil ; mais il revient à ASERINSKI et KLEITMAN d'avoir mis en évidence en 1955 l'existence concomitante de mouvements oculaires et d'un rythme particulier de l'E.E.G. se reproduisant régulièrement au cours de la nuit.

Ces auteurs pensaient déjà que ces accidents correspondaient aux périodes d'activité onirique. En effet, ils obtenaient 80 % de récit de rêve en réveillant leurs patients au moment des périodes de mouvements oculaires, alors qu'un réveil en dehors de ces phases n'en apportait que 7 %.

Les enregistrements polygraphiques réalisés au long de ces phases de mouvements oculaires montrent diverses modifications :

Sur l'E.E.G. on note la présence d'un rythme de 7 à 10 c/s et d'un autre plus rapide de 18 à 25 c/s en dérivation frontale. De plus les fuseaux disparaissent. JOUVET et ses collaborateurs ont repéré au niveau du vertex des ondes de 25 à 75 microvolts, de 3 à 4 c/s, en "dents de scie", et ont remarqué l'absence de complexe K.

Sur le tracé enregistrant le mouvement des yeux, on voit à la suite des mouvements normaux, lents et pendulaires, des bouffées de mouvements rapides, bilatéraux et synchrones, entre lesquelles s'installent des périodes de repos de durée variable (1" à 2').

La respiration devient irrégulière et son amplitude diminue.

Le rythme cardiaque s'accélère ou se ralentit, mais se modifie toujours.

Ces données précises des enregistrements polygraphiques permettent aux chercheurs de mesurer l'activité onirique des sujets en ex-

périmentation.

Ainsi sur un chat normal et endormi la proportion habituelle de tracé de rêve est de 10 % par rapport à l'ensemble du tracé de sommeil.

Du point de vue physiologique JOUVET et ses collaborateurs pensent, à l'encontre de l'opinion plus généralement admise, qu'il s'agit d'un phénomène différent de celui du sommeil et par conséquent, qu'il est vain de vouloir le considérer par rapport aux différents stades du sommeil.

Une autre donnée physiologique est importante pour la compréhension de l'expérimentation qui suit : l'hydratation des cellules cérébrales est proportionnelle à l'osmolarité sanguine.

Protocole :

- Si l'on injecte 18 cc. de sérum salé à 20 %, on observe une augmentation de l'activité onirique : l'enregistrement E.E.G. comporte alors 30 % de tracé de rêve pendant 6 heures. L'osmolarité du sang, mesurée en milli-équivalents de sodium, augmente également : de 142 m.eq. Na, on passe à 168 m.eq. Na par litre.

Tout se joue d'ailleurs sur les variations de la teneur du sang en sodium. En effet le potassium ne diminue pas dans les mêmes proportions : de 6,4 m.eq. K/l, on passe à 5,2 m.eq. K/l.

Le lendemain de l'expérience le potassium est revenu à 6,3 m.eq./l.

Donc le chat rêve plus (30 % du tracé au lieu de 10 %) lorsque ses cellules nerveuses sont déshydratées, comme en témoigne l'osmolarité sanguine.

- Pour supprimer l'activité onirique et faire tomber le rapport : tracé de rêve/tracé de sommeil de 10 % à 0 % pendant 6 heures, il faut injecter par sonde gastrique 220 cc. d'eau au même chat, normal et endormi.

De 157 m.eq. Na/l on passe à 138 puis 136 m.eq./l.

Le lendemain la teneur du sang en sodium remonte à 144 m.eq./l.

Donc une hydratation massive entraîne l'inhibition totale de l'activité onirique.

Mais on pourrait penser qu'il s'est produit une mobilisation d'A.D.H.

En fait, si l'on ajoute de l'A.D.H. (anti-diuretic-hormon) au liquide gastrique (10 % de la quantité introduite) on obtient exactement le même résultat.

Donc, chez le chat, il suffit de sur-hydrater les cellules nerveuses pour inhiber la fonction onirique.

Etant données les notations cliniques que nous avons faites, il semble possible d'extrapoler ces résultats du chat à l'homme.

- III -

Nous ne nous risquerons pas sur le terrain de la polémique qui oppose à propos de la nature du rêve les écoles organicistes aux philosophes, mais ayant reconnu son déclenchement possible par un stimulus organique, nous évoquerons la façon dont est utilisé le matériel psychique.

A la lecture de "La pensée sauvage" de LEVI-STRAUSS, nous avons été frappée par sa conception du "bricolage" dans la pensée magique.

Il nous semble maintenant que l'élaboration du rêve procède exactement du même principe.

"Le propre de la pensée mythique, comme du bricolage sur le plan pratique, est d'élaborer des ensembles structurés, non pas directement avec d'autres ensembles structurés, mais en utilisant des résidus et des débris d'évènements (odds and ends dirait l'anglais) ou, en français, des bribes et des morceaux, témoins fossiles de l'histoire d'un individu ou d'une société... La pensée mythique édifie des ensembles structurés au moyen d'un ensemble structuré, qui est le langage : mais ce n'est pas au niveau de la structure qu'elle s'en empare : elle bâtit ses palais idéologiques avec les gravats d'un discours social ancien".

Il n'y a pas loin de la pensée magique du schizophrène aux rêves du sujet normal ou névrosé.

Nos patients qui rêvent d'une sexualité épanouie et se contentent en réalité de satisfactions orales, s'insèrent dans une perspective sémantique universelle ; nous citerons encore LEVI-STRAUSS :

"Or, ces rapprochements ne font qu'illustrer, dans des cas particuliers, l'analogie très profonde que, partout dans le monde, la pensée humaine semble concevoir entre l'acte de copuler et celui de manger, à tel point qu'un très grand nombre de langues les désignent par le même mot. En Yoruba "manger" et "épouser" se disent par un verbe unique, qui a le sens général de "gagner, acquérir" : usage symétrique au français qui applique le verbe "consommer" au mariage et au repas.

.... On pourrait multiplier à l'infini ces rapprochements.... Le lien entre les deux n'est pas causal, mais métaphorique. Rapport sexuel et rapport alimentaire sont immédiatement pensés en similitude, même aujourd'hui : pour s'en convaincre, il suffit de se reporter à des créations argotiques telles que "faire frire", "passer à la casserole", etc...". Ce sont là les termes exacts d'un rêve de Melle FER...

Nos patients font des rêves métaphoriques en effet, non des rêves dits "de commodité" (par exemple rêver que l'on urine pour différer le moment du lever). Nous avons bien remarqué, et fait préciser à nos malades, qu'ayant soif ils ne rêvaient pas de boisson.

La déshydratation des cellules cérébrales, dont le rôle paraît incontestable sur la fonction onirique, pourrait être le signal d'alarme faisant apparaître dans le contenu latent la préoccupation essentielle du sujet parlant, qui dans cet instant idéal n'a plus besoin d' "oraliser" une pulsion libidinale.

Ainsi, grâce à ce stimulus particulièrement efficace que paraît être la déshydratation, l'activité onirique de nos patients nous a permis de pénétrer au coeur de leur problème : le désir à jamais forclos de libidinalisation d'une pulsion orale et la béance définitive qui s'en suivra. Le besoin a ravivé la blessure et le sujet rêve son désir.

Cinquieme partie

La " Soif - symptome " ,

symptome de quoi ?

Et ce n'est point qu'un homme ne soit triste, mais se levant
avant le jour et se tenant avec prudence dans le commerce d'un vieil
arbre, appuyé du menton à la dernière étoile, il voit au fond du ciel
à jeun de grandes choses pures qui tournent au plaisir.

Saint-John Perse

Notre pratique quotidienne de la maladie mentale nous avait amenée à chercher et à collectionner les faits cliniques qui soutiennent une certaine conception de la soif.

Ces notations cliniques sont constitutives des précédents chapitres de ce travail.

Dans la partie que nous abordons maintenant, nous chercherons à articuler le matériel recensé dans une perspective théorique. Pour cela nous nous fonderons évidemment sur la doctrine freudienne fondamentale, mais encore sur les travaux de Jacques LACAN et ceux d'Antoine KAMOUH, dont nous citerons d'ailleurs de larges extraits. Par contre, il nous est difficile de citer des textes de LACAN car nous avons utilisé surtout des notes personnelles, prises au cours de son enseignement, et si nous espérons n'avoir pas trop trahi le fond de sa pensée, nous ne pouvons en garantir la forme.

- I -

Tout au long de ce travail, nous avons employé indifféremment les termes de besoin, envie, désir de boire. C'est qu'en effet chacun d'eux est valable à son niveau.

C'est bien en terme de besoin organique que la soif est évoquée par les malades. Mais nous avons détecté qu'en filigrane, derrière ce besoin réel, on aperçoit le désir de boire, lui-même signifiant. Comment l'individu passe-t-il du désir, instance psychique, au besoin, somatique ?

L'un des quatre grands concepts freudiens : la Pulsion, nous permet, par sa situation médiane, de remonter de l'un à l'autre.

FREUD définit la pulsion comme une force organique, une force constante, une décharge statique ; mais d'organique elle peut, en se liant à une représentation psychique, se localiser à un système ; son but est de se satisfaire en supprimant l'état de tension qui est à sa source.

Nous avons reconnu précédemment la coalition soif-libido, s'exprimant justement par une pulsion orale, c'est à dire investie dans une zone érogène privilégiée et aussi singulièrement primitive.

Mais si la soif constituait un mode de satisfaction orale de la pulsion, pourquoi celle-ci se reproduirait-elle indéfiniment, comme cela se voit chez nos patients ?

FREUD avait insisté sur l'indifférence de l'objet visé par la pulsion ; ainsi dans la pulsion orale il ne s'agit ni de soins maternels, ni de nourriture.

LACAN précise que de toute façon, la pulsion n'atteint pas l'objet du désir qu'elle visait, mais le contourne, revient et repart puisqu'encore insatisfaite. Elle fait issue hors de la cavité primitive, y rentre à nouveau, passant et repassant le bord érogène (bouche, dents), borne-frontière entre le SOI et l'Autre.

Nous voudrions rapprocher cette notion de bord d'une autre idée lacanienne qui nous semble métonimique de la première : pour le nourrisson, le sein maternel est de sa propre appartenance et c'est lui qui suce la mère ; un jour l'enfant devra sauter le bord de son berceau pour tenter de récupérer l'objet de son désir, mais en concédant le sein à sa mère il se mutile du même coup ; il faudra conjurer cette auto-mutilation, départ de la chaîne signifiante ; et l'on voit se renverser notre proposition : le bord érogène étant déjà métonimique du bord vital du berceau symbolique.

Le caractère répétitif de la pulsion est aussi marqué de cet échec : l'éternel retour ne se fait pas vers un vécu antérieur satisfaisant mais par rapport à quelque chose de toujours (et de déjà) manqué.

- II -

Mais, selon la théorie du dualisme des pulsions, cet instinct de vie, orienté vers l'objet et facilement repérable, doit bien être doublé d'un "instinct du MOI", servant à la conservation de la vie, latent et toujours prêt à se manifester sans trop se dévoiler.

FREUD nous dit en effet "les instincts de vie sont une source inépuisable de tensions incessantes dont la résolution est accompagnée d'une sensation de plaisir, tandis que les instincts de mort semblent travailler en silence, accomplir une oeuvre souterraine, inaperçue. Or, il semble précisément que le principe de plaisir soit au service des instincts de mort",

et aussi "dans la phase d'organisation de la libido, la possession amoureuse coïncide avec la destruction de l'objet".

Qu'en est-il chez nos patients ?

Nous avons rapporté plusieurs faits qui témoignent chez eux du désir d'affecter une castration à leur sujet désirant.

Ainsi M. SEL.... fantasme un regard culpabilisant de l'Autre alors qu'il est en érection ; dans son délire il se sent agressé par derrière et il crie "je meurs, à boire".

Dans un de ses rêves, Melle FER... préfère mourir que de "passer à la poêle".

M. GIS... rêve à un autre homme, mais celui-ci est un persécuteur.

Or la soif qu'ils ressentent est un déplaisir ; pourtant en tant que symptôme elle vient bien satisfaire quelque chose, quelque chose qui justement s'oppose à ce qui pourrait satisfaire les pulsions.

On peut exprimer cette idée autrement en disant dès à présent qu'il s'agit de signifiants forclos constituant de l'instinct de mort, à rapprocher du point de départ de la chaîne signifiante dont nous avons parlé plus haut.

Aussi LACAN, à propos de la fonction de la dénégation, dit-il : "elle n'est pas en effet une perversion de l'instinct mais cette affirmation désespérée de la vie qui est la forme la plus pure où nous reconnaissons l'instinct de mort.

..... Aussi quand nous voulons atteindre dans le sujet ce qui était avant les jeux sériels de la parole, et ce qui est primordial à la naissance des symboles, nous le trouvons dans la mort, d'où son existence prend tout ce qu'elle a de sens. C'est comme désir de mort qu'il s'affirme pour les autres, s'il s'identifie à l'autre, c'est en le figeant dans son image essentielle, et tout être par lui n'est jamais évoqué que parmi les

ombres de la mort".

En situant l'instinct de mort au delà du principe de plaisir, FREUD le constituait déjà de pulsions n'ayant pas eu à connaître de la libido. Ce que précise KAMOUH :

"retranchée de l'évolution libidinale.... cette pulsion devient comme morte, elle se fixe au sein de l'Etre qui se libidinalise plus ou moins par ailleurs. C'est à ce niveau, et à ce niveau seulement, qu'une pulsion de mort peut se constituer, qui devient comme un corps mort, étranger, qui fait mal, au sein de l'être inconscient, un soi en soi et hors de soi, bref, c'est cela l'instinct mort et châtré".

A propos de l'instinct de mort que FREUD assimile aussi au père mort, introjecté (voir Totem et Tabou), soulignons que tous nos patients font des rêves absurdes dont, nous l'avons dit, le contenu latent évoque classiquement précisément le "père mort".

Non spécularisable, non subjectivable, ce "petit autre" sera à jamais perdu et irrécupérable.

Alors commence la course au trésor où le quêteur n'atteint jamais que des objets-appâts, recouverts de l'ombre de son désir toujours fuyant.

Il y a ainsi entre le désir de boire et le désir du sujet la même distance et la même méprise que dans l'aventure d'un voleur qui, dévalisant une vitrine d'alimentation, n'y trouverait que les boîtages, les conditionnements vides des denrées dont il espérait se satisfaire.

- III -

Nous venons de voir apparaître un trou, un manque pourtant constitutif de l'Etre.

Que peut représenter cette béance ?

Ce qu'on y trouve, selon LACAN, n'est pas du refoulé mais du non-réalisé, quelque chose qui demande-à-être ; on peut dire aussi que, dans la sphère du signifiant, cela symbolise ce qui est perdu pour la signifiantisation.

Aussi le rêve, l'acte manqué sont-ils autant de trouvailles

géniales pour tenter de l'exprimer.

Mais encore la rapidité d'évanouissement de cette saisie entraîne-t-elle toujours une élision. Et si le désir est bien indestructible et sans rapport avec le temps, par contre l'ouverture sur ce monde forclos paraît être pulsatile.

Le sujet tente d'atteindre l'Autre : la béance n'apparaît qu'entre l'aller et le retour de la pulsion.

En allant vers l'Autre le sujet tente de "se faire entendre" ; mais la pulsion est un mauvais véhicule : elle ne peut que "se faire voir" et le Vu est tourné vers le sujet, non vers l'objet.

Là encore "la saisie de l'Inconscient ne conclut pas, c'est une récupération leurrée" dit LACAN.

C'est bien ce que spécifie Melle FER... par la dernière phrase désespérée de son rêve : "et je ne savais pas lui dire pourquoi".

- IV -

Lorsque nous avons étudié cliniquement la soif des délirants et des sujets potomanes, ainsi que son mode d'insertion dans les différentes structures, nous avons été renvoyée à un trauma initial, à une souffrance de l'être que nous ne pouvions nommer.

Il est clair maintenant que nous faisons référence à cette béance dans la libidinalisation du sujet désirant.

Nous avons vu que la soif surgissait chez le névrosé à la place de l'angoisse et chez le psychotique à la place des phantasmes.

Mais l'angoisse est un affect du sujet parlant et elle soutient le rapport : symbole-objet, ce qui nous ramène au phantasme.

Ce que LACAN formule ainsi : "l'objet (a) qui est ce qui est **chu** du sujet dans l'angoisse, est le même que la cause du désir".

L'étude de ce fantasme, auquel le sujet fait sans cesse retour, nous permet d'avancer dans la compréhension du mode de surgissement du symptôme.

Nous utiliserons les conclusions de l'article de R. PUJOL "Approche théorique du fantasme", leur concision nous ayant paru difficilement dépassable.

L'auteur résume ainsi les diverses opérations constitutives :

"- Désir primaire d'une fusion éternisée avec l'objet perdu (que certains auteurs nomment le fantasme fondamental et que nous appellerons les fondations du fantasme).

Le désir est l'évocation hallucinatoire de la trace laissée par l'objet perdu ... et le "sujet" n'est que ce pur imaginaire qu'est la représentation de l'objet.

- Refoulement primitif de ce désir primaire par les marques signifiantes.

- Arrivée d'un objet substitutif pris dans le signifiant des demandes primitives et fixé dans le fantasme.

- Instauration des désirs "secondaires" qui se piègent à l'objet substitutif ; la constante poussée du désir primaire fait réitérer la demande et étendre son champ d'appel ; la demande croit pouvoir se satisfaire des désirs secondaires ; toutes les identifications signifiantes articulées dans la demande sont prises dans la métaphore originelle qui a substitué du signifiant aux traces de l'objet perdu".

"Cette transmutation signifiante de l'objet donne au névrosé la possibilité de confondre les signifiants de la demande, et donc sa demande même avec l'objet qu'elle vise".

Par ailleurs la castration surimpose le phallus, dans son fonctionnement névrotique imaginaire, à l'objet du fantasme. "mais en fonctionnant comme indice phallique, c'est à dire comme indice du manque, cet objet figure du même coup le manque primaire du désir fondamental".

En outre "le fonctionnement de l'ego spéculaire vient voiler cette relation imaginaire à l'objet du désir" et il portera au niveau de l'Autre la confusion désir-demande.

Ceci nous explique la formation et les modalités du symptôme-soif de nos patients névrosés. Cela explicite également le choix de leurs conjoints (sur lequel nous nous sommes déjà arrêtée lors de l'étude clinique de ces malades).

Pour le névrosé la relation au désir de l'Autre est pervertie : il substitue un désir-du-désir-de-l'Autre à son désir qui reste caché (et qui est désir du père).

Le pervers, lui, peut "vivre" la perversion de son désir car il a réussi à pétrifier son angoisse.

C'est en ceci que nos potomanes ne sont pas vraiment des pervers, puisque la non-réponse à leur demande (soif) entraîne immédiatement la surgie de l'angoisse.

Reste une question :

Pourquoi, alors que leurs "soif-symptôme" dérivent du même manque, les accès de soif du **psychotique** et ceux du névrosé sont-ils si différents cliniquement ?

Nous avons remarqué que la soif apparaissait en tant que symptôme à des moments différents de la structuration de l'individu ; nous pouvons préciser maintenant ce qui permet au psychotique d'être directement présent à ses fantasmes, dans une confrontation tragique : c'est l'absence de formation de l'image spéculaire, qui aurait dû, par sa fonction de voile, s'interposer entre lui et l'objet substitutif déjà fixé dans le fantasme.

- V -

Derrière le besoin de boire, nous avons vu se profiler la pulsion, Janus garantissant l'oralité et masquant l'objet de son désir au sujet leurré, piégé aux mailles du fantasme.

Mais quelle est l'instance interdictrice ? le Surmoi ?

Nous avons noté que nos malades ne semblaient pas avoir de Surmoi fort, qu'ils se décrivent des parents plutôt "gentils".

Le Surmoi le plus efficace n'a pas forcément l'apparence d'un "bourreau d'enfant" ; dans la mesure où la mère, premier Autre, se refuse à être le lieu de symbolisation de la pulsion de son enfant, aussi souriante et généreuse qu'elle soit en soins, caresses et autres sucettes, elle condamnera ce premier désir à se perpétuer en non-né dans les limbes de l'inconscient.

A se frotter à ce Surmoi gentil mais sourd se forgera chez l'enfant un MOI, assassin de son être désirant et lui volant sa place, un Moi-surmoi.

Mais le désir est tenace, la pulsion vivace, et telle l'hydre de la légende, elle resurgira au hasard des signifiants rencontrés, déplacée, métaphorisée en pulsion anale, uréthrale ou génitale.

Ici s'éclaire l'alternance, étonnante au départ, des types oral et uréthral des potomanes masculins et pour les patientes, le fantasme d' "être pleine", selon leurs propres termes, ainsi que l'annulation du symptôme-soif lors des grossesses de la malade n° 12.

Ceci illustre ce que dit KAMOUH :

"Le pseudo-désir de maternité n'est autre au fond qu'un désir de ventre plein. Peu importe le moyen de le remplir : le désir inconscient s'exprime comme il peut, ce que le sein n'a pas fait par le haut, le pénis miraculeusement peut le faire par le bas, remplir son ventre. On saisit peut-être ici un des carrefours de substitution du phallus au sein, comme objet de la pulsion refoulée".

Pour le psychotique, nous avons remarqué qu'il n'est pas question d' "avoir soif" : il délire, on lui donne à boire et il reprend conscience ; il manque un chaînon, il manque la demande formulée.

Or, qu'est-ce qui peut articuler une demande ? c'est le Moi.

Mais comment ce qui lui tient lieu de Moi, son Moi-surmoi, pourrait-il demander ce que justement il s'est employé, non pas seulement à refouler, mais d'abord à ne pas reconnaître : la pulsion orale de son être désirant ?

"Sa reconnaissance impliquant pratiquement le renoncement même à son être en tant que sujet parlant, son annulation, sa mort symbolique comme sur-moi qui s'ignore" (KAMOUH).

"Il y a plus qu'une dénégarion qui reconnaît ce qu'elle nie dans cette structure. Il y a une pure et simple forclusion, dé-subjectivation de la pulsion inconsciente".

Beau raisonnement. Mais les potomanes, ils boivent, ils ont soif.

Eh bien non, ils boivent, mais ils n'ont pas soif.

Faute de mieux, ils emploient ce mot, mais reprenons les termes par lesquels ils caractérisent cette "soif" :

"C'est plutôt une impulsion à boire, dit M. JEA... Je bois n'importe quoi, mais il faut que ce soit glacé" (il ne supporte pas non plus les aliments chauds).

Le jeune Didier PRA... volait les bouteilles de lait déposées devant les portes ; sa mère disait "croyez-vous, il n'est pas normal, c'est un vrai bandit, quand je lui demande s'il a soif il me dit non".

Melle LIN... "C'est pas comme la soif en été" et à propos de la boisson "ça n'a pas de goût, ça calme la brûlure".

Mme BOU... "C'est un besoin de boire, pas vraiment la soif ; c'est dans la bouche comme une brûlure, comme du poivre sur la langue".

Ces malades sont ceux-là même que le jargon populaire dénomme les "boit-sans-soif".

"J'en suis venu à penser, dit encore KAMOUH, que même l'absence originelle de l'Autre ne suffit pas pour obtenir cette extra-subjectivation paradoxale. Car après tout le silence ou l'absence sont des signifiants corrects, où la pulsion peut venir dire son être, peut se révéler Il y avait donc pire, il y avait autre chose que cette absence, s'opposant activement et négativement à la révélation de la pulsion inconsciente, mais quoi ? ce surmoi féroce, que pouvait-il être ? Sa nature ne faisait théoriquement pas de doute, il ne pouvait que s'agir d'un signifiant. Mais la question restait de savoir quel genre de signifiant".

Les rêves, les dessins que nous avons rapportés dans le chapitre précédent sont autant de réponses à cette question.

Chacun d'eux révélait le linéament qui du signifiant remontait

au signifié : besoin de boire - feu - persécution - mère - désir châtré.

Le Surmoi y est brûlure justement, et brûlure aussi la fausse soif de nos patients.

Apaiser cette brûlure, signifiant du Moi-surmoi, voilà ce que tentent nos malades, ignorants de son éternité comme de celle de l'objet de leur désir.

- VI -

Dès lors notre tentative de thérapeutique par le biberon, la surhydratation, ou toute autre réassurance narcissique, nous semble bien dérisoire.

Mieux, elle nous paraît nocive ; car non seulement, nous nous leurrions en jouant aux Danaïdes sans le savoir, ce qui n'est qu'un peu ridicule, mais surtout, dans la mesure où nous sommes le lieu où doit pouvoir se constituer le JE - sujet désirant - de nos patients, notre adhésion donnée à ce quiproquo des signifiants risque de leur être catastrophique en authentifiant leur désir de, masquant encore leur désir inconscient.

Mais comment gommer, effacer ce symptôme-soif si encombrant, qui pour n'être pas véritablement une soif n'en est pas moins un symptôme ?

Nous proposons d'aller voir ce qui alarme si fort le sujet parlant, ce qui fait que "Ca parle", premier signifiant du désir inconscient et dernier signifié du symptôme : la Soif, soif-en-Soi, que le sujet désirant éteindra en venant à être.

Alors s'effritera l'univers inquiétant du désir pervers - où le projet de donner vie à un enfant n'est que besoin d'être enceinte, où un sourire de sa mère est plus meurtrier pour le petit d'homme qu'une tranchée de rasoir, où la soif n'est plus soif mais brûlure en sa gorge - et se profileront "de grandes choses pures qui tournent au plaisir".

R é s u m é e t C o n c l u s i o n s .

RESUME et CONCLUSIONS

I Venant à rechercher la signification de la "soif-symptôme", après avoir situé les troubles de la soif en psychiatrie et en endocrinologie, nous avons dû tout d'abord étudier cliniquement deux de ses modalités, selon que les buveurs se trouvaient névrosés ou délirants.

II Lors des accès dipsomaniaques observés chez des schizophrènes en phase processuelle, ou régressive au cours d'une psychothérapie, le besoin dévorant de boire apparaît plus vécu que pensé, le malade pouvant même n'être pas conscient de sa soif. L'analyse du contenu psychique du délire concomitant révèle l'existence d'idées de persécution, exprimées verbalement ou non, souvent symbolisées par des thèmes de brûlure, de feu ou de brasier.

Ayant régressé au stade des phantasmes infantiles, le psychotique cherche l'apaisement dans la satisfaction narcissique de son oralité.

Mais ce symptôme-soif traduit en fait une souffrance antérieure et inexprimable, déguisée en pulsion orale insatisfaite.

III L'étude de 30 dossiers de potomanes, pris comme type de névrosés assoiffés, nous a permis de mettre en évidence un portrait-robot et une structure psychique propres à ces malades.

Ce sont généralement des adultes jeunes, liés à un conjoint fort de type parental hétérosexuel ; ils manquent d'ambition, se réfugient dans la maladie et y aliènent leur entourage.

Timides, vulnérables, affectueux, ils entrent dans la classe des "oraux" de par leur dépendance, leur passivité, leur avidité, leur insatiabilité. Chez eux le besoin de boire constitue une

défense contre l'irruption d'une angoisse névrotique insoutenable, elle-même signifiante de cette souffrance archaïque de l'être que nous avons déjà évoquée à propos de nos buveurs délirants.

L'étude du comportement des potomanes démontre que, parmi eux, les femmes ont structuré leur défense sur un mode hystérique et que les hommes se sont forgé des tendances perverses "en ilôts" au sein d'une structure névrotique.

IV Par le moyen de diverses expressions symboliques (rêves, thèmes délirants, dessins spontanés, tests projectifs), nos patients nous ont permis de pénétrer plus avant dans la connaissance du traumatisme initial signifié par leur soif.

Il s'agirait de l'échec dont fut marqué l'un de leurs premiers essais de libidinalisation d'une pulsion orale, désir refusé par la mère-objet d'amour, refoulé par le sujet, et dont la forclusion sera marquée d'une béance définitive.

L'activité onirique de nos patients, très importante, ne paraît pas s'être accrue seulement dans un but finaliste de compensation inconsciente (le malade rêvant son désir), mais également sous l'effet de la déshydratation elle-même, ainsi que l'a montré M. JOUVET dans une série d'expérimentations sur le chat, ce stimulus électif entraînant l'utilisation par le rêve des gravats de l'Inconscient.

V Cherchant à distinguer et à articuler désir de boire et besoin de boire, nous avons été amenée à considérer leur rapport à l'un des constituants de l'Etre : la pulsion de mort.

La pulsion orale forclosée dont témoigne la soif-symptôme constitue une entité irritante au cœur du sujet libidinalisé. Cette privation libidinale ou castration première du sujet désirant est signifiée au niveau conscient par l'angoisse névrotique ou l'irruption de phantasmes terrifiants, l'un et l'autre combattus avec l'ar-

me dérisoire de la demande symptomatique à pourvoir.

Mais aucune satisfaction narcissique ne pourra jamais combler cette béance dans la libidinalisation du sujet et c'est seulement dans le champ analytique que celui-ci pourra retrouver le constituant de son instinct de Mort, son désir chatré.

"Wo Es war, soll Ich werden" dit FREUD.

"Là où il y avait du Ca, il faut que JE vienne à être"...
.. et la soif s'étanchera.

VU, le Président de la thèse :

Professeur J. DECHAUME

VU, le Doyen :

J-F. CIER

VU et permis d'imprimer

LYON, le 16 Mars 1965

Le Recteur, Président du
Conseil de l'Université :

P. LOUIS

B i b l i o g r a p h i e

BIBLIOGRAPHIE

A la suite de l'index de nos sources le lecteur trouvera une liste d'ouvrages relatifs aux principaux problèmes abordés dans notre thèse et comportant chacun une importante bibliographie.

Nos sources :

- 1 - ALAJOUANINE. Th. et THUREL. R.
Données cliniques, expérimentales et thérapeutiques sur la soif et la polyurie du diabète insipide (Rev. Neur. 1946/78/471 à 475).
- 2 - ALBY. J.M.
Les affections de l'appareil urinaire (E.M.C. 37.460. A 10).
- 3 - ALEXANDER.F.
La médecine psycho-somatique (Payot. Paris).
- 4 - BLANC. C.
Conscience et inconscient dans la pensée neuro-biologique actuelle (Journées de Bonneval 1960. in Bibliothèque de langue française. Desclee de Brouwers).
- 5 - CHARLIN. A., GARDIEN. P., MARTY. P.
Dipsomanies. Données pathogéniques. (Ann. Med. Psy. 1946/2/38 à 47).
- 6 - DEBRE.R., LEVI-SOLAL. E., ROYER. P., MINKOWSKI. A., ROYER. S.
Le phénomène de la soif élective au cours des déshydratations aiguës des nourrissons (Sem. Hop. de Paris 1950/11/463 à 467).
- 7 - DECOURT. J.
Réflexions sur la physiopathologie du diabète insipide. (Rev. Neur. 1946/78/475 à 486).
- 8 - DEUTSCH. H.
La symbolisation, étape dans la formation du processus de conversion (Rev. Med. psychosom. Dec. 1962/ 4/369).
- 9 - DREYFUS. Gilbert, SAVOIE. J-C., LOMBROSO. P.
Polydipsies primaires simulant le diabète insipide. Nécessité diagnostique des épreuves biologiques modernes.
Bu. M. Soc. Med. Hop. Paris, 1954, n° 19 et 20, 732-737.

- 10 - EY. H.
Manuel de psychiatrie (Masson. Paris).
- 11 - " L'hystérie (Inédit. Texte ronéotypé 1954).
- 12 - " Les impulsions (in Etudes psychiatriques. pp. 174 à 178).
- 13 - " La conscience (P.U.F.).
- 14 - " Rêve et psychopathologie. Etude n° 2 (Etudes psychiatriques. Desclee de Brouwers).
- 15 - FENICHEL. O.
La théorie psychanalytique des névroses (P.U.F.)
- 16 - FOLLIN. S.
L'inconscient. (Journées de Bonneval 1960 Desclee de Brouwers).
- 17 - FOLLIN. S. et AZOULAY. J.
Les altérations de la conscience de Soi (E.M.C.37.125/A 10).
- 18 - FREUD. Anna.
Le Moi et les mécanismes de défense (P.U.F.).
- 19 - FREUD. Sigmund.
La science des rêves (Club Français du Livre).
- 20 - " Délire et rêves dans la "Gradiva" de Jensen (Gallimard).
- 21 - " Trois essais sur la théorie de la sexualité (").
- 22 - " Métapsychologie. Les pulsions et leur destin (").
- 23 - " Introduction à la psychanalyse (Payot).
- 24 - " Essais de psychanalyse (Payot).
- 25 - " Abrégé de psychanalyse (P.U.F.).
- 26 - " Inhibition, Symptôme, Angoisse (P.U.F.).
- 27 - " De la technique psychanalytique (").
- 28 - " Cinq psychanalyses (P.U.F.)
- 29 - " On bat un enfant (Rev. Fr. Psychan. 1933/6/N° 34).
- 30 - FREUD. S. et BREUER. J.
Etudes sur l'hystérie (P.U.F.).
- 31 - GARMA. A.
La psychanalyse des rêves (P.U.F.).
- 32 - JOUVET. M., MICHEL. F. et COURJON. J.
Aspects electro-encéphalographiques de deux mécanismes inhibiteurs, telencephalique et rhombencephalique, entrant en jeu au cours du sommeil; (Journal de Physiol. 1959/51/3/490,492).

- 33 - JOUVET. M., MICHEL. F. et COURJON. F.
Sur un stade d'activité cérébrale rapide au cours du sommeil physiologique (Comptes Rendus de la Société de Biologie, 1959/153/6/pp. 1024 à 1028).
- 34 - KAMOUH. A.
Du meurtre primitif, ou celui qui ne veut pas mourir (comme ça). Conférence faite à la Soc. Fr. de Psychanalyse, 1962.
- 35 - " L'inconscient et l'instinct de mort. Conférence au groupe de psychanalyse d'enfants, 1961.
Ces deux conférences sont inédites.
- 36 - KOURILSKI. R.
Le diabète insipide et le problème de la soif. (Rev. Neur. 1946/78/487 à 495).
- 37 - LACAN. J.
Cours à l'Ecole Pratique des Hautes Etudes, 1963-64.
- 38 - " Le stade du miroir comme formateur dans la fonction du Je. (Rev. Fr. Psychan. 1949. 449-455).
- 39 - " Fonction et champs de la parole et du langage en psychanalyse (La Psychanalyse, n° 1, 1956).
- 40 - " Séminaire 1963 sur l'Angoisse
- 41 - " La Chose Freudienne, ou sens du retour à FREUD en psychanalyse (Evol. Psy. 1956/janv.-mars)
- 42 - LAPLANCHE. J. et LECLAIRE S.
L'inconscient. Une étude psychanalytique. (Journées de Bonneval. 1960. Desclee de Brouwers).
- 43 - LEVI-STRAUSS. C.
La pensée sauvage. (Plon).
- 44 - MARCHAND. L. et AJURIAGUERRA. F.
Troubles de la faim et de la soif. (in Epilepsies. Desclee de Brouwers).
- 45 - MARETTE-DOLTO. F.
Psychanalyse et pédiatrie. Le complexe de castration. Etude générale. Cas cliniques. (Amédée Legrand).
- 46 - NACHT. S. et RACAMIER. P-C
Théorie psychanalytique du délire. (Rev. Fr. Psychan. 1958. p. 417 à 532).

- 47 - PARIENTE. M. et TRILLAT. E.
Troubles des conduites alimentaires. (E.M.C./37.105/C 10).
- 48 - PERRIER.F.
Exposé introductif au séminaire sur les perversions. Inédit.
- 49 - PUJOL. R.
Approche théorique du fantasme. (Journées provinciales d'automne, 1962, Société Française de Psychanalyse).
- 50 - RACAMIER. P-C.
Maladies des glandes endocrines et de la nutrition.
(E.M.C./ 37.410/A 10).
- 51 - " Le Moi, le Soi, la Personne et la Psychose. (Evol. Psy.
Oct.-Déc. 1964).
- 52 - RICOEUR. P. De l'Inconscient dans la pensée philosophique (Journées de Bonneval, 1960, Desclee de Brouwers).
- 53 - ROSSOLATO. G.
L'Hystérie. Structures psychanalytiques. (Evol. psych. 1962).
- 54 - SARTRE. J-P.
L'Imaginaire. (N.R.F.).
- 55 - " L'Etre et le Néant (N.R.F.).
- 56 - " Esquisse d'une théorie des émotions. (Hermann Edit. Paris).
- 57 - SPITZ. R-A.
La cavité primitive. (Rev. Fr. Psychan. 1959. n° 2).
- 58 - " Genèse des premières relations objectales. (Rev. Fr. Psychan. 1954).
- 59 - " Le Non et le Oui. (P.U.F.).
- 60 - TOURNAY. A.
Introduction neuro-physio-pathologique au problème clinique de la soif. (Rev. Neur. 1946/78/453 à 463).
- 61 - VALABREGA. J-P.
Les théories psychosomatiques. (P.U.F.).

Ouvrages à consulter :

- Sur les syndromes polyuro-polydipsiques

DECOURT. J., WEIL. B. et BEAULIEU. E.

Syndromes polyuro-polydipsiques présentant certains critères considérés comme caractéristiques du diabète insipide vrai. Guérison par une méthode de conditionnement. (B. Soc. Med. Hop. Paris, 1954, 70, n° 19-20, 722-29).

DINGMAN. J.-F., BERNISCHKE. K. et THORN. GW.

Etude de la fonction neuro-hypophysaire chez l'homme : diabète insipide et polydipsie psychogénique. (Am. J. Med. 23, n° 2, 226-239).

- Sur le rêve

DEMENT. W. et KLEITMAN. N.

The relation of eye movements during sleep to dream activity : an objective method for the study of dreaming. (J. of Exp. Psy. 1957/53).

GARMA. A.

La psychanalyse des rêves. (P.U.F.).

- Sur les vesanies de la soif

PARIENTE. M. et TRILLAT. E.

Troubles des conduites alimentaires. (E.M.C./37.105/C 10).

- Sur les perversions

EY. H.

Perversité et perversions. Etude n° 13. (in Etudes psychiatriques. Desclee de Brouwers).

FENICHEL. O.

La théorie psychanalytique des névroses. (P.U.F.).

- Sur l'hystérie

FENICHEL. O.

La théorie psychanalytique des névroses. (P.U.F.).

MALLET. J.

Bibliographie générale. (in E.M.C. 37.340/A 10/p. 15).

- Sur la schizophrénie

EY. H.

Bibliographie d'ensemble. (in E.M.C. 37.286/A 10/p. 7).

BLEULER. M.

Recherches et évolution des conceptions sur la schizophrénie de 1941 à 1950 (Fortsch. Neur. Psych. 1951/19/385 à 452).

Symposium sur la schizophrénie. Journées de Bonneval 1957. (in Evol. Psych. 1957, n° 2).

FENICHEL. O.

La théorie psychanalytique des névroses. (P.U.F.).

TABLE des MATIERES

	Pages
INTRODUCTION et PLAN	
PREMIERE PARTIE - Les troubles de la soif	
Chapitre I : Données endocrinologiques concernant les troubles de la soif	6
Chapitre II : Connaissances actuelles sur les vesanies de la soif	11
DEUXIEME PARTIE - La soif et le délirant	
Chapitre I : Cinq observations de malades schizophrènes ayant présenté des accès dipsomaniques	18
Chapitre II : Etude clinique de ces accès dipsomaniques	49
Chapitre III : Valeur et place de la soif dans la structure des schizophrènes	55
TROISIEME PARTIE - Le potomane et sa soif	
Chapitre I : Résumés des observations recueillies à la clinique d'endocrinologie	64
Chapitre II : Etude clinique de ces buveurs d'après les précédentes observations	81
Chapitre III : La soif dans la structure du potomane	91
QUATRIEME PARTIE - Rêves, désir et eau	
Le contenu latent des rêves	100
Activité onirique et hydratation cérébrale	106
Le "bricolage" dans le rêve	110
CINQUIEME PARTIE - La "Soif-symptôme", symptôme de quoi ?	113
RESUME et CONCLUSIONS	125
BIBLIOGRAPHIE	129

SERMENT d'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate,

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail, je ne participerai jamais à un partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

